



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 38, NÚMERO ESPECIAL
RIO DE JANEIRO, OUT 2014



Avaliação da Atenção Básica à Saúde no Brasil

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno Maria Gabriela Monteiro Maria Lucia Frizon Rizzotto Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Aparecida Isabel Bressan
David Soeiro Barbosa
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Albinear Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Capa:

Cover:

Unidade Saúde da Família em Cariacica, ES
Family Care Unit in Cariacica, ES

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Márcia Cristina Rodrigues Fausto (RJ)
Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)
Ligia Giovanella (RJ)
Helena Seidl (RJ)
Maria Helena Magalhães de Mendonça (RJ)
Elisete Casotti (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer - Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez - Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Scientific Electronic Library - SciELO
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

Apoio

Ministério da Saúde



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 38, NÚMERO ESPECIAL
RIO DE JANEIRO, OUT 2014

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

005 **EDITORIAL** | EDITORIAL

Diretoria Nacional do Cebes

009 **APRESENTAÇÃO** | PRESENTATION

Editoras

ARTIGOS ORIGINAIS |
ORIGINAL ARTICLES

013 **A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB**

The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users

Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Ligia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Helena Seidl, Juliana Gagno

034 **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil**

Factors affecting access to the Family Health Strategy teams in Brazil

Márcia Guimarães de Mello Alves, Elisete Casotti, Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira, Mônica Tereza Christa Machado, Patty Fidelis de Almeida, Marcos Paulo Fonseca Corvino, Juliana Marin, Regina Fernandes Flauzino, Luiz Albérico Araújo Montenegro

052 **Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Evaluation of health promotion practices: a look from the participating teams of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care

Mirna Barros Teixeira, Angela Casanova, Cátia Cristina Martins de Oliveira, Elyne Montenegro Engstrom, Regina Cele de Andrade Bodstein

069 **Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?**

Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing?

Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Eduardo Mota, Elzo Pereira Pinto Júnior, Leandro Alves da Luz, Davlyn Santos Oliveira dos Anjos, Isabela Cardoso de Matos Pinto

083 **Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental**

Understanding matrix support and quality certification results in the areas of care for women, care for children, hypertension and diabetes as well as mental health

Délcio da Fonseca Sobrinho, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado, Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima, Alzira de Oliveira Jorge, Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis, Daisy Maria Xavier Abreu, Lucas Henrique Lobato de Araújo, Maria Luiza Ferreira Evangelista, Ana Lúcia Escobar, Cléber Ronald Inácio dos Santos, Alaneir de Fatima dos Santos

094 **Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB**

Labor management in Primary Health Care: an analysis from the perspective of PMAQ-AB participating teams

Helena Seidl, Swheelen de Paula Vieira, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Rita de Cassia Duarte Lima, Juliana Gagno

109 **Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal**

Availability of medicines in primary health care facilities and related factors: a cross sectional approach

Luiz Villarinho Mendes, Mônica Rodrigues Campos, Gabriela Costa Chaves, Rondineli Mendes da Silva, Paula da Silva Freitas, Karen Sarmiento Costa, Vera Lucia Luiza

-
124	Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica <i>Uses of the planning and self-evaluation in the working processes of Family Health teams in Primary Care</i> Marly Marques da Cruz, Rafaela Barros Chagas de Souza, Raquel Maria Cardoso Torres, Dolores Maria Franco de Abreu, Ana Cristina Reis, Aline Leal Gonçalves	195	Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará <i>Assessment of the National Program for Access and Quality Improvement in the state of Ceará</i> Paulo Henrique Arruda Linhares, Geison Vasconelos Lira, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
140	Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB <i>Dental Care in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB External Evaluation</i> Elisete Casotti, Priscilla Caran Contarato, Ana Beatriz Monteiro Fonseca, Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, Márcia Helena Baldani	209	Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB <i>Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba</i> Ane Polline Lacerda Protasio, Polyana Barbosa da Silva, Edmilson Calixto de Lima, Luciano Bezerra Gomes, Liliane dos Santos Machado, Ana Maria Gondim Valença
158	Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia <i>Organization of health care for chronic conditions by Family Health teams in the Amazon</i> Luiza Garnelo, Ana Cyra dos Santos Lucas, Rosana Cristina Pereira Parente, Esron Soares Carvalho Rocha, Maria Jacirema F. Gonçalves	221	Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários <i>Analysis of the organization of Primary Care in the state of Espírito Santo: (un)veiling scenarios</i> Ana Claudia Claudia Pinheiro Garcia, Maria Angélica Carvalho Andrade, Eliana Zandonade, Thiago Nascimento do Prado, Paula de Souza Silva Freitas, João Paulo Cola, Heletícia Scabelo Galovate, Priscilla Caran Contarato, Rita de Cássia Duarte Lima
173	A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre <i>The experience of planning and operationalizing the PMAQ-AB in the Acre state</i> Valéria Rodrigues, Cleber Ronald Inácio dos Santos, Mariana Uchoa Pereira	237	Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná <i>Workforce and work management in health/primary care: revelations of External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Paraná</i>
182	Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco <i>Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco</i> Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Tereza Maciel Lyra, Sidney Feitosa Farias, Marina Ferreira de Medeiros Mendes, Petrônio José de Lima Martelli		

-
- Maria Lucia Frizon Rizzotto, Célia Regina Rodrigues Gil, Manoela de Carvalho, Ana Lucia Nascimento Fonseca, Marieta Fernandes Santos
- 252 Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**
Assessment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users
 Rosana Teresa Onocko Campos, Ana Luiza Ferrer, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Gastão Wagner de Sousa Campos, Thiago Lavras Trapé, Deivisson Vianna Dantas
- 265 Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários**
Evaluation of the control of hypertension and diabetes in primary care: perspective of professionals and users
 Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha, Lídyia Tolstenko Nogueira, Maria Guadalupe Medina
- 279 Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários**
Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users
 Maria do Socorro Melo Carneiro, Danielle Maria Sousa Melo, Juliana Mendes Gomes, Francisco José Maia Pinto, Marcelo Gurgel Carlos da Silva
- 296 Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil**
Assessment of primary health care in the municipality of Piracicaba, São Paulo, Brazil
 Marcelo de Castro Cesar, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Imaculada de Lima Montebelo, Giovana Sarmento
- 307 Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba**
Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba
 Gerson Luis Schwab, Simone Tetu Moysés, Solena Ziemer Kusma, Sérgio Aparecido Ignácio, Samuel Jorge Moysés
- 319 Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais**
The Family Health Strategy impact on the hospital morbidity profile in Minas Gerais
 Antônio Gonçalves Maciel, Antônio Prates Caldeira, Francisco José Lopes de Sousa Diniz
- 331 Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira**
Primary Care-Sensitive Conditions: a descriptive review of results of the Brazilian academic production
 Francilene Jane Rodrigues Pereira, César Cavalcanti da Silva, Eufrásio de Andrade Lima Neto
- 343 A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo**
The interaction between the evaluation and the work of Community Health Workers: subsidies for thinking about the educational work
 Angélica Ferreira Fonseca, Maria Helena Magalhães de Mendonça
- ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE**
- 358 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**
The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy
 Hêider Aurélio Pinto, Allan Nuno Alves de Sousa, Antônio Alcindo Ferla

Editorial

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRO (MRS), desde os debates iniciais sobre a conformação de um sistema nacional de saúde, tratou de forma crítica as propostas de um primeiro nível de atenção simplificado e restrito. A revista *Saúde em Debate*, como órgão de divulgação do pensamento sanitário, já em seu primeiro número, de outubro de 1976, publicou diversos artigos que tratavam dessa temática. Destacamos dois textos que apresentam elementos que ainda hoje ajudam a refletir sobre as práticas nesse nível de atenção e sobre problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Jairnilson Paim, no texto *Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica*, dentre outras coisas, chama a atenção sobre a relação entre os subsistemas de produção de serviços público e privado. Anamaria Tambellini, com o texto *Medicina de comunidade: implicações de uma teoria*, salienta a pretensão dos serviços de estabelecer uma intervenção normativa e institucionalizada sobre a vida, defendendo a necessidade de as práticas em saúde contribuírem para “libertar o homem em sua ‘experiência’, o que significa fornecer-lhe os meios para compreender e controlar o seu ‘modo de andar a vida’ e, portanto, libertar o conhecimento sobre esta experiência que se encontra profissionalmente monopolizada”.

Neste número especial, que tem como tema central a avaliação da Atenção Básica em Saúde, parece oportuno recuperar reflexões que o MRS vem fazendo desde as suas origens e que contribuíram para a constituição do SUS como um projeto que não se restringe ao setor saúde nem a um nível de atenção, mas pretende-se integral e aponta para a necessidade de uma nova forma de organização política e social.

A discussão que o Movimento fazia sobre a relação entre os setores público e privado e a proposta de estatização da saúde anunciava os problemas que enfrentaríamos posteriormente. As políticas neoliberais, implementadas na década de 1990, contribuíram para o avanço do setor privado, que, longe de ser complementar, como prevê a Constituição, passou a hegemonizar a oferta de serviços, sobretudo os de média e alta complexidade, como os Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia (SADT) e a atenção hospitalar, sem esquecer o enorme avanço dos planos de saúde na atenção ambulatorial.

Essas mesmas políticas empobreceram a Atenção Básica com a adoção de programas seletivos e focalizados, protelando a implementação de um modelo pautado em princípios, como da integralidade e da igualdade de acesso e de tratamento, em que o primeiro nível de atenção tem papel destacado na conformação de redes, na responsabilização pelo cuidado e como principal forma de acesso ao SUS. Os efeitos das políticas restritivas ainda se fazem sentir, apesar de avanços conseguidos, como a universalização da Atenção Básica, mas que por si só é insuficiente para uma atenção integral.

No campo das relações entre profissionais e usuários, deve-se recuperar a crítica do monopólio do saber pelas profissões da saúde sobre o processo saúde-doença e das consequentes intervenções prescritivas, pois estamos longe de instituir práticas que favoreçam a autonomia das pessoas para decidirem sobre o “modo de andar a vida”.

Na última década, entidades que compõem o MRS brasileiro, entre elas o Cebes, têm retomado o papel de articulação dos movimentos em defesa do SUS e de crítica às políticas que impedem maiores avanços do sistema, como o baixo financiamento do setor, decorrente em

grande medida da subordinação das políticas sociais às econômicas. Destacamos a luta pela ampliação do orçamento federal para a saúde, com o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde + 10), que coletou 2,2 milhões de assinaturas para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que propunha 10% das Receitas Correntes Brutas para a saúde.

O atual momento político-eleitoral é favorável à exposição de problemas e de possíveis soluções para o setor de saúde brasileiro. O MRS tem se apresentado como porta-voz das demandas dos trabalhadores e usuários, apresentando propostas que devem compor um projeto de desenvolvimento nacional, no qual a saúde tenha papel central na melhoria das condições de vida de todos os brasileiros, recolocando, assim, a saúde na agenda nacional.

Diretoria Nacional do Cebes

Editorial

THE BRAZILIAN SANITARY MOVEMENT (Movimento da Reforma Sanitária, known as MRS), since its initial debates about the conformation of a national health system, has treated critically the proposals for a simplified and restrict first level of care. The journal *Saúde em Debate*, as a divulgation organ for sanitary thinking, since its first issue, dated from October 1976, has published several articles about such theme. We highlight two texts which present elements that still today may help us reflect upon the practices in this level of care and about problems faced by the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, known as SUS).

Jairnilson Paim, in the text entitled *Community Medicine: introduction to a critical analysis*, among other things, calls attention to the relation between public and private systems of services provision. Anamaria Tambellini, with the text *Community Medicine: implications of a theory*, stresses the pretension of the services in establishing a regulatory and institutionalized intervention on life, defending the need that the practices in health must contribute to “liberate man in his ‘experience’, which means providing him the means to comprehend and control his ‘way of walking life’ and, therefore, liberate the knowledge about such experience which is, today, professionally monopolized”.

In this special issue, which holds as central theme the evaluation of Primary Health Care, it seems appropriate to recover reflections that the MRS has been developing since its origins and that have contributed for the constitution of SUS as a project that is neither restricted to the health sector nor to a level of care, but intends to be integral and points to the necessity of a new form of political and social organization.

The discussion that the Movement held on the relation between the public and private sectors and the proposal for the nationalization of health announced the problems which we would later have to face. The neoliberal policies, implemented in the 1990's, contributed to the increase of the private sector, which, far from being complementary, as established in the Constitution, became preponderant the offer of services, especially those of medium and high complexity, like diagnosis and therapy services and hospital care, not forgetting the huge advance of private health plans in outpatient care.

These same policies have impoverished Primary Care with the adoption of selective and focused programs, stalling the implementation of a model based on principles, like the integrality and equality of access and treatment, in which the first level of care has an important role in the conformation of networks, in the accountability for the care and as the main way of access to SUS. The effects of the new restrictive policies are still being felt, despite the achieved advances, like the universalization of Primary Care, which alone is insufficient for assuring comprehensive care.

In the field of the relations between professionals and users, one thing that must be recovered is the critique of the monopoly of knowledge by health professionals about the health-disease process and the consequent prescriptive interventions, for we are far from instituting practices that favor the autonomy of people to decide about the “way of walking life”.

Over the last decade, entities that compose the Brazilian MRS, among them, Cebes, have reassumed the role of articulating the movements in defense of SUS and criticizing the policies that prevent greater advances in the SUS, like low public funding, resulted largely from

the subordination of social policies to economic ones. We highlight the struggle for expanding the federal budget for health, with the National Movement for the Defense of Public Health (Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, known as Saúde + 10), which collected 2,2 million signatures for the Popular Initiative Bill that proposed 10% of Federal Revenues for health.

The current political-electoral moment is propitious to the exposure of problems and possible solutions for the Brazilian health system. The MRS has been presented as the advocate of the demands of health workers and users, showing proposals that shall compose a new project for national development, in which health has a central role in the improvement of the living condition of the entire Brazilian population, placing, thus, health on the national agenda.

Cebes Board of Directors

Apresentação

DESDE MEADOS DA DÉCADA DE 1990, o Ministério da Saúde vem induzindo fortemente a adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma nova abordagem em Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo de mais de vinte anos de implantação, sua abrangência foi ampliada, passando a incorporar na normativa da Política Nacional de Atenção Básica os atributos de uma APS integral, e assumida como estratégia prioritária para a reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse processo de importante expansão da APS no país, ainda que não tenha sido sistemática e uniformemente monitorado ao longo de todo o período, foi acompanhado por diversas iniciativas esparsas de avaliação e de processos de indução da institucionalização da avaliação da Atenção Básica no SUS.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs mudanças nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e, como estratégia indutora de um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica, implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a partir de 2012.

No primeiro ciclo de implementação do PMAQ-AB, 70% dos municípios brasileiros aderiram e muitos deles contratualizaram pelo menos 50% de suas equipes de Atenção Básica à Avaliação Externa, conforme previa o programa. Em todo o País, 17.202 equipes participaram da Avaliação Externa nesse ano. O instrumento aplicado captou informações sobre o processo de trabalho das equipes, a organização do cuidado e a articulação da Atenção Básica à rede de serviços de saúde. Gerou informações sobre as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, recenseando 38.812 unidades básicas. Foram entrevistados 65.391 cidadãos brasileiros, que relataram suas experiências e emitiram suas opiniões sobre o acesso e utilização dos serviços de Atenção Básica em 3.944 municípios brasileiros.

Para a realização da Avaliação Externa em todo o território nacional, o Ministério da Saúde, a partir do apoio da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, desenvolveu parceria com instituições de ensino e pesquisa em todo o País: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz articularam-se a outras universidades nos estados, com participação de pesquisadores de mais de 40 instituições de ensino e pesquisa Brasil afora.

A avaliação da Atenção Básica, no âmbito do PMAQ-AB, possibilita reconhecer de que forma e com quais características estão organizadas as ações nesse nível de atenção. Os dados coletados para a realização da certificação das equipes que aderiram ao Programa contemplam uma ampla variedade de dimensões sobre a oferta e a atenção prestada. A análise desses dados, ainda que reconhecidos seus limites por se tratar de coleta para fins de transferências financeiras, é muito promissora. São inúmeras as possibilidades de abordagens e desenhos analíticos que podem ser construídos a partir da base de dados produzida nos inquéritos realizados.

A análise aprofundada das informações resultantes do PMAQ-AB bem como do acúmulo de estudos avaliativos sobre a Atenção Básica realizados ao longo dos últimos anos têm amplo

potencial para subsidiar a tomada de decisão e dar direcionalidade à política de APS no país para garantia de atenção integral e universal.

A revista Saúde em Debate v. 38, n. especial apresenta artigos com algumas dessas possibilidades de análises de dados do banco do PMAQ-AB, elaborados por pesquisadores participantes da Avaliação Externa. Outros artigos apresentam resultados de pesquisas a partir de diferentes modelos avaliativos, como estudos das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e aplicação de Avaliação Rápida dos Serviços de Atenção Básica em Nível Local (*Primary Care Assessment Tools* — PCATool). São trabalhos realizados no Brasil com análises de base nacional, regional e municipal.

O conjunto de artigos publicados neste número apresenta resultados que indicam que a ESF tem se configurado como o modelo de organização das ações de APS em mais de 95% dos municípios brasileiros. As equipes atuam cada vez mais como primeiro contato e referência para acessar os serviços especializados. No entanto, há diferenças nas condições de acesso e no escopo de ações ofertadas pelas equipes de Atenção Básica de todo o País, o que impõe limites importantes para o alcance da equidade em saúde. São verificados problemas relacionados à integração dos serviços de Atenção Básica ao conjunto de serviços de saúde que compõem o SUS e na coordenação dos cuidados. O reduzido tempo de atuação dos coordenadores das equipes — em geral enfermeiros, mais da metade com atuação há menos de dois anos — e a persistência de vínculos precários para mais de um terço desses profissionais são importantes fontes de preocupação e alertam para a necessidade de valorização da carreira profissional na Atenção Básica e no SUS.

Os resultados sugerem diversos caminhos para o aprimoramento das práticas em Atenção Básica no país. A continuidade da avaliação rotineira, os incentivos para autoavaliação orientadora do planejamento das ações e intervenções das equipes e a análise sistemática de seus resultados são intervenções que podem incidir positivamente na melhoria da qualidade das ações ofertadas aos usuários da Atenção Básica.

Boa leitura!

As Editoras

Presentation

SINCE THE LATE 1990'S, the Ministry of Health has been strongly inducing the adherence to the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família, known as ESF) as a new approach in Primary Health Care (PHC). Over more than twenty years of implementation, its scope was extended, coming to incorporate into the rules of the National Policy for Primary Care the attributes of a comprehensive PHC, and assumed as a priority strategy for the reorienting of the care model in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, known as SUS).

Such process of important expansion of the PHC throughout the country, although it has not been systematic and uniformly monitored along the entire period, it was followed by several sparse initiatives of evaluation and induction processes for the institutionalization of the evaluation of Primary Care in the SUS.

In 2011, the Ministry of Health proposed changes for the guidelines of the National Policy for Primary Care and, as an inducing strategy of a permanent and progressive process of improvement of the access and qualification of the management, care and participation in Primary Care, it implemented the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, known as PMAQ-AB), starting in 2012.

On the first cycle of implementation of the PMAQ-AB, 70% of the Brazilian municipalities adhered and many of those have at least 50% of their Primary Care teams participate in the External Evaluation. In the entire country, 17,202 teams took part in the external evaluation this year. The applied inquiry captured information on the team's work process, the organization of care, and the articulation of the Primary Care to the health services net. It generated information on the infrastructure conditions, material, inputs and medications, making the census of 38,812 PHC units. An interview was held with 65,391 Brazilian citizens, who reported their experiences and issued their opinions about the access and use of the Primary Care services in 3,944 municipalities in Brazil.

For the accomplishment of the External Evaluation in all national territory, the Ministry of Health, from the support of the Research Net in Primary Health Care, developed partnerships with several educational and research institutions throughout the whole country: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia and the Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz formed an alliance with other universities from different states, with the participation of researchers from over 40 universities throughout Brazil.

The evaluation of Primary Care, within the PMAQ-AB, enables to recognize in what way and with what characteristics the actions in this level of care are organized. The data collected for the certification of the teams that have adhered to the Program include a huge variety of dimensions about the PHC supply and the care provided.

The analysis of such data, even recognizing its limits, since it's collected for purposes of financial transferences, is yet very promising. There are numerous possibilities of approaches and analytical drawings that may be constructed from the data base produced in the surveys.

The deep analysis of the information resultant from the PMAQ-AB as well as of the

accumulation of evaluative studies on Primary Care conducted along the last years have broad potential to support decision making and give directionality to the PHC's policy in the country in order to guarantee the comprehensive and universal care.

The journal *Saúde em Debate*, v. 38, *special edition* brings articles with some of these possibilities of PMAQ-AB database analysis, elaborated by External Evaluation participant researchers. Other articles present research results from different evaluative models, such as studies of hospital admissions by primary care sensitive conditions and appliance of the Primary Care Assessment Tools — PCATool. These papers are done in Brazil using national, regional and local basis analysis.

The set of articles published in this issue present results that indicate that the ESF has been being configured as the model of organization of the PHC actions in more than 95% of Brazilian municipalities. The teams act increasingly as first contact, gatekeeper and reference to access specialized services. However, there are differences in the conditions of access and scope of actions offered by the teams of Primary Care from the entire country, which imposes important limits for the achievement of health equity.

It has been verified problems related to the integration of primary care services to the SUS health services network and in the care coordination.

The reduced experience of the team's coordinators — usually nurses, more than half of them active for less than two years — and the persistence of precarious ties for more than one third of these professionals are important sources of worry. That points to the need of appreciation and valuation of the professional career in the Primary Care and in the SUS.

The results suggest several paths for the improvement of the Primary Care practices in the country. The continuity of the routine evaluation, the incentives for self-evaluation orienting the planning of actions of the teams and the systematic analysis of its results are interventions that may contribute to the improvement of the quality of ThePrimary Health Care in Brazil.

Enjoy the reading!

The Editors

A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB

The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users

Márcia Cristina Rodrigues Fausto¹, Ligia Giovanella²,
Maria Helena Magalhães de Mendonça³, Helena Seidl⁴, Juliana Gagno⁵

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marciafausto@ensp.fiocruz.br

² Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Ensp/Fiocruz.
giovanel@ensp.fiocruz.br

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mhelenam@ensp.fiocruz.br

⁴ Mestre em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
helenaseidl@ensp.fiocruz.br

⁵ Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
julianagagno@yahoo.com.br

RESUMO O artigo analisa a posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde sob a perspectiva das 16.566 equipes de Saúde da Família e dos 62.505 usuários participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. Os resultados indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde; Atenção Primária a Saúde; Saúde da família; Avaliação; Acesso.

ABSTRACT The article analyses the position of the Family Health Strategy teams in the health care network of the Unified Health System in Brazil from the perspective of 16,566 family health teams and 62,505 users who participated in the 2012 Evaluation PMAQ-AB. The results show that Family Health teams act as first contact services and gatekeepers for specialized care. However, there are important organizational barriers to care access, the integration of Primary Health Care (PHC) in health care network is limited, and there is no coordination among PHC and specialized care providers.

KEYWORDS Health policy; Primary Health Care; Family health; Evaluation; Access.

Introdução

Recentemente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para alcançar mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a ampliar o acesso e a qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica (AB). Essa ação faz parte das recentes diretrizes do MS para a Atenção Primária à Saúde (APS), dentre as quais, incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde (SUS) a melhorar o padrão de qualidade da assistência na APS (BRASIL, 2012).

O PMAQ-AB é composto por quatro fases: (1) Adesão e contratualização; (2) Desenvolvimento; (3) Avaliação externa; e (4) Recontratualização. A terceira fase do programa, avaliação externa, inclui um conjunto de ações direcionadas para a averiguação das condições de acesso e de qualidade das equipes de AB participantes.

Para a realização da avaliação externa, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, com o apoio da Rede de Pesquisa em APS, desenvolveu parceria envolvendo mais de 40 Instituições de Ensino Superior (IES) em todo o território nacional. As IES contribuíram para a avaliação externa, desde a construção do instrumento de avaliação, a definição de estratégias, a organização do trabalho de campo em nível nacional até a aplicação dos questionários nos mais de cinco mil municípios brasileiros.

Estudos nacionais têm demonstrado que, mesmo havendo forte indução do governo federal, os processos organizacionais da APS são muito variados entre os municípios brasileiros, levando a crer que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica (VIANA ET AL., 2008;

MEDINA; HARTZ, 2009). Os desafios para a consolidação da política de Atenção Básica, em parte, estão relacionados com a melhoria dos processos assistenciais neste nível de atenção, assim como com as condições de integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis.

Este artigo tem como objetivo analisar a posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde a partir da perspectiva das equipes de Saúde da Família e dos usuários participantes dos inquéritos do PMAQ-AB, considerando: i) a constituição das equipes de Saúde da Família como porta de entrada preferencial aberta e resolutive, ii) o acesso a serviços especializados, iii) as estratégias para integração da rede assistencial e a iv) coordenação do cuidado pelas equipes.

Interessa para este estudo conhecer e analisar a situação atual da Atenção Básica no país no que concerne à integração à rede assistencial e como esse desafio se apresenta para municípios de distintos portes populacionais, na perspectiva da efetivação de uma APS abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Aspectos metodológicos

Trata-se de um estudo transversal, cujas informações selecionadas foram geradas a partir do banco de dados de base nacional da avaliação externa do PMAQ-AB realizada em 2012 pelo DAB/MS em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo país.

O instrumento utilizado para a realização do inquérito PMAQ-AB está organizado em três módulos: Módulo I – observação na Unidade Básica de Saúde (UBS) de variáveis para a realização de um censo de infraestrutura das UBS; Módulo II - entrevista com um profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica (EqAB) e verificação de documentos na UBS, direcionada para a realização da avaliação externa das EqAB; e Módulo III - entrevista com usuários na UBS sobre sua experiência de uso, condições de

acesso, utilização de serviços de saúde e satisfação (BRASIL, 2012).

Para a definição de dimensões de análise e seleção das variáveis, parte-se do pressuposto que a efetivação de uma concepção de APS abrangente implica que os serviços da APS, nesse caso as UBS e EqSF, devem se constituir nos principais serviços de primeiro contato, de procura regular, integrados à rede e com função de organizar acesso e coordenar o cuidado no sistema de serviços de saúde, conforme preconiza a PNAB (BRASIL, 2011).

Neste artigo, a integração assistencial é entendida como a integração vertical entre serviços de atenção primária e especializados/secundários, ou seja, como a “coordenação de serviços e integração da assistência em um processo único ao longo do tempo, lugares e disciplinas/especialidades” (KODDER, 2009, p. 11).

Entende-se que os serviços de APS devem ser definidos como serviços de primeiro contato para cada nova necessidade de saúde (novos e antigos problemas, prevenção e recuperação), constituindo-se em uma porta de entrada preferencial aberta e resolutiva. Para tal, devem identificar necessidades em saúde que podem ser respondidas no âmbito da própria UBS, assim como em outros níveis de atenção que compõem o sistema de serviços de saúde. Constituir-se em porta aberta envolve facilitação do acesso com atendimento oportuno às demandas dos usuários, com horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento rotineiro da demanda espontânea. A capacidade em resolver as demandas relaciona-se à amplitude da oferta de ações pela equipe SF e do apoio de outros profissionais.

O exercício da coordenação do cuidado pela EqSF depende da integração à rede de serviços e supõe ações no nível da gestão dos serviços de saúde e da organização assistencial que envolvam a garantia e favoreçam o acesso a serviços de saúde especializados com integração dos diferentes níveis de assistência do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002; WATSON ET AL., 2004; FEO; CAMPO;

CAMACHO, 2006; GIOVANELLA ET AL., 2009). A existência de mecanismos de coordenação assistencial com ordenamento dos fluxos e continuidade informacional favorece a articulação na interface entre a APS e os serviços especializados (ALMEIDA ET AL., 2010).

A partir destas considerações, foram definidas três dimensões de análise e seus respectivos componentes para o exame da posição e integração da ESF à rede assistencial no SUS, conforme apresentado no *quadro 1*: (1) porta de entrada preferencial à rede de atenção: porta aberta e resolutiva; (2) acesso aos serviços de saúde especializados; e (3) estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado.

Para cada componente da matriz de análise, foram selecionadas do banco PMAQ-AB variáveis correspondentes ao estudo, cotejando-se informações dos profissionais e dos usuários em cada uma das dimensões estabelecidas.

Para este estudo, foram selecionadas variáveis dos questionários respondidos pelas 16.566 equipes de Saúde da Família (EqSF) que participaram do PMAQ-AB, representando aproximadamente 50% do total das EqSF existentes no país no ano de 2012. Foram selecionadas variáveis de estrutura das 13.438 UBS nas quais atuam as EqSF avaliadas, bem como variáveis dos 62.505 questionários de usuários vinculados às EqSF integrantes do PMAQ-AB.

O estudo baseou-se majoritariamente em variáveis do questionário direcionado aos profissionais: foram selecionadas 36 variáveis do módulo II, 16 variáveis do módulo III e três variáveis do módulo I. As variáveis de cada uma das dimensões e componentes estão listadas nas tabelas de resultados correspondentes.

A estratégia de análise utilizada no estudo parte da agregação dos dados por estratificação dos municípios, segundo porte populacional. A utilização dessa estratégia de análise se justifica em função do modelo de descentralização do sistema de saúde

Quadro 1. Dimensões e componentes da APS para análise da posição da ESF na rede de atenção à saúde – equipes SF participantes do PMAQ-AB, segundo municípios por porte populacional, Brasil, 2012

Dimensões	Componentes
Porta de entrada preferencial à rede de atenção	
Porta aberta	Horários e dias de funcionamento Acolhimento Atendimento à demanda espontânea Atendimento de urgência e emergência Organização da agenda e acesso a consultas de Atenção Básica
Porta resolutiva	Oferta de ações pela equipe Apoio de outros profissionais
Acesso a serviços de saúde especializados (consultas e exames)	Agendamento para serviços especializados Tempo estimado de espera para serviços especializados Acesso a serviços específicos Monitoramento das listas de espera
Estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado	Continuidade Informacional Ordenamento de fluxos assistenciais Coordenação do Cuidado Clínico

Fonte: Elaboração própria

brasileiro, onde o município é o ente federado com responsabilidade e autonomia para executar as ações de saúde no primeiro nível de atenção, em seus limites territoriais. O tamanho da população é um elemento fundamental para a configuração de uma rede integrada de serviços de saúde, aspecto fundamental para efetivar, na prática, o conceito de APS abrangente. A organização da rede de serviços de saúde, nessa perspectiva, implica necessariamente a definição de bases populacionais maiores, essenciais à organização de cuidado especializado (KUSCHNIR ET AL., 2010)

Os resultados foram analisados nos seguintes estratos de municípios por porte populacional: até 10.000 habitantes (2.477 EqSF em 1.643 municípios); de 10.001 a 20.000 habitantes (2.775 EqSF em 951 municípios); de 20.001 até 50.000 habitantes (3.526 EqSF em 774 municípios); de 50.001 até 100.000 habitantes (1.785 EqSF em 252 municípios); de 100.001 até 500.000 habitantes (2.990 EqSF em 205 municípios); mais de 500.000 habitantes (3.013 EqSF em 32 municípios).

Aspectos éticos e conflitos de interesse

De acordo com as normas éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Ensp/Fiocruz, e recebeu o parecer N° 32.012 em 06/06/2012.

Os autores declaram não haver conflito de interesses. Os autores pesquisadores integrantes de uma IES participaram direta ou indiretamente da avaliação externa do PMAQ-AB, programa financiado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Resultados

Os resultados, apresentados a seguir, estão organizados por dimensão e variáveis correspondentes.

Porta de entrada preferencial à rede de atenção: porta aberta e resolutiva

A análise da dimensão ‘Porta de entrada preferencial à rede de atenção aberta e resolutiva’ tem uma complexidade de componentes que ora realçam seu caráter aberto do ponto de vista organizacional (funcionamento, acolhimento, organização da agenda, formas de atendimento e acessibilidade) ora seu caráter resolutivo, com ênfase na oferta de ações pelas EqSF e seus apoios matriciais. Sempre se leva em consideração na avaliação a perspectiva das equipes e dos usuários como contraponto à normatividade proposta pela gestão.

Para tratar da subdimensão ‘aberta’, ou seja, a garantia de acesso e acessibilidade dos serviços de AB, alguns componentes foram destacados, como ‘horários e dias de funcionamento da UBS’, ‘existência e frequência do acolhimento pela EqSF’, ‘reserva de vagas para atendimento da demanda espontânea’, ‘realização e busca por atendimento de urgência e emergência’, ‘organização da agenda e acesso a consultas de AB’. Com isso, privilegia-se observar o funcionamento da UBS a partir de uma avaliação por profissionais da EqSF e usuários, das facilidades ou barreiras do acesso, em tempo oportuno, e de acordo com as necessidades da população.

Na *tabela 1*, observa-se que, no Brasil, a maioria das UBS onde atuam as equipes participantes do PMAQ-AB (83%) se encaixa no funcionamento considerado como mais acessível – no mínimo cinco dias na semana, com a carga horária de oito horas ou mais. Dentre os municípios com equipes que aderiram ao PMAQ-AB, quanto maior o porte populacional do município, maior a quantidade de UBS que funcionam dessa forma, exceto para o estrato de mais de 500 mil habitantes.

Essa configuração chamada de ‘acessibilidade temporal’ é comparável a estudo sobre municípios brasileiros de grande porte, em que a acessibilidade considerada adequada em um município obedecia ao padrão de

atendimento de três turnos e aos sábados. Nos demais municípios, o horário de funcionamento de 8h às 17h era apresentado como fator dificultador do acesso da população de trabalhadores aos serviços de saúde (ESCOREL ET AL., 2007). Logo, podemos supor, de acordo com os resultados do PMAQ-AB comparado a esse estudo, que pelo menos 17% das UBS não possuem acessibilidade temporal. Essa afirmação é reforçada quando se compara o funcionamento das UBS nos fins de semana, o que ocorre em apenas 12%, com destaque para os municípios de até 10.000 habitantes (20%) e de mais de 500.000 habitantes (19%). Observando-se o funcionamento das UBS algumas vezes no fim de semana, esse percentual é um pouco mais expressivo, correspondendo a 25% das unidades em nível nacional.

Ao analisar-se a percepção dos usuários, verifica-se que avaliam positivamente o horário de funcionamento das UBS quanto ao atendimento de suas expectativas, especialmente nos municípios de menor porte populacional (90%).

O ‘Acolhimento’ é considerado diretriz operacional para reorganizar a lógica de funcionamento dos serviços de saúde na prestação do cuidado. Observa-se, na *tabela 1*, que as equipes realizam a prática de acolhimento com forte regularidade indicando integração desta atividade no processo de trabalho: 68% das EqSF informam disponibilidade de acolhimento em todos os dias e turnos de funcionamento da UBS. Há uma variação dessa proporção quanto ao porte populacional dos municípios: quanto menor o porte populacional do município menor a frequência de realização de acolhimento cinco ou mais dias na semana e em dois ou mais turnos.

O acolhimento vem sendo, ao longo do tempo, valorizado como prática e preconizado como característica do processo de trabalho na ESF e atribuição comum a todos os membros da equipe multiprofissional, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços da APS. Todavia, encontram-se alguns desafios para a operacionalização e qualificação

Tabela 1. Subdimensões e indicadores da APS como porta de entrada preferencial à rede de saúde: porta aberta – equipes SF participantes do PMAQ-AB*, segundo municípios por porte populacional, Brasil, 2012

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Horários e turnos de funcionamento							
UBS que funcionam:							
5 dias ou mais e 8h ou mais	78,6	80,1	83,3	85,9	88,8	83,5	83,1
Nos fins de semana	20,1	9,4	7,5	8,8	11,8	18,8	12,0
Algumas vezes no fim de semana	20,6	23,7	25,5	25,5	30,6	25,3	25,1
Usuários avaliam que o horário de funcionamen- to da UBS atende a suas necessidades	89,9	88,4	87,1	87,5	83,3	83,6	86,4
Acolhimento							
EqSF com acolhimento:							
5 ou mais dias da semana	58,2	61,5	68,2	70,1	78,1	85,8	70,8
2 ou mais turnos e 5 ou mais dias da semana	59,2	61,1	66,0	66,8	73,5	78,6	67,9
Usuários responderam que não conseguem ser escutados na UBS, sem ter hora marcada	12,4	14,1	15,9	17,5	20,9	22,8	17,4
Atendimento à demanda espontânea							
EqSF reservam vagas para atendimento no mes- mo dia	90,4	92,2	93,5	93,2	93,1	93,3	92,7
EqSF agendam consultas para não integrantes de grupos prioritários em qualquer dia	78,5	84,0	85,0	82,1	82,3	87,6	83,5
Atendimento de urgência e emergência							
EqSF realizam atendimento de urgência e emergência	72,8	63,2	67,5	67,5	79,6	85,3	73,0
Usuários que, em caso de urgência, procuraram a UBS e conseguiram ser atendidos na mesma hora, sem ter consulta marcada**	89,7	85,5	84,5	82,3	77,5	76,5	82,5
Usuários que, quando precisaram, não buscaram a UBS para atendimento de urgência***	28,6	37,6	37,7	35,2	34,4	33,5	34,6
Usuários não buscaram a UBS na urgência, porque****:							
Não atende urgência	22,0	24,9	29,1	30,8	36,2	44,5	31,7
Estava fechada	44,4	42,0	39,1	35,2	29,5	22,8	35,1
Organização da agenda e acesso a consultas de Atenção Básica							
EqSF agendam consulta qualquer dia da semana, em qualquer horário	53,9	54,3	54,9	52,7	49,8	64,0	55,1
Usuários marcam consulta:							
Indo à UBS a qualquer hora	25,0	24,8	26,1	25,9	25,6	38,7	28,0
Indo à UBS, pegando ficha e fazendo fila antes de a UBS abrir	31,4	29,7	33,2	35,6	37,3	19,2	30,8
Indo à UBS e pegando ficha	27,9	27,3	23,6	21,8	18,1	22,5	23,5
Por telefone	4,2	2,7	1,9	1,2	2,5	0,9	2,2

Tabela 1. (cont.)

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Usuários relatam que a marcação de consulta pode ser feita:							
Todos os dias	67,4	57,5	55,6	54,9	48,6	60,4	57,2
A qualquer hora do dia	27,4	24,8	22,2	21,7	19,6	27,1	23,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Número de UBS nas quais atuam as Equipes de Saúde da Família: 13.843; Número de Equipes de Saúde da Família: 16.566; Número de usuários: 62.505

** Número de usuários que, em caso de urgência, procuraram atendimento na UBS: 25.754

*** Número de usuários que necessitaram de atendimento de urgência: 39.400

**** Número de usuários que não buscaram a UBS em caso de urgência: 13.646

do acolhimento, a depender do profissional que o realiza, e como, por exemplo, a ausência de articulação em redes integradas (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Já o 'atendimento à demanda espontânea', tem como objetivo avaliar como a APS atua como serviço de primeiro contato e garante o acesso oportuno e universal dos usuários às ações de saúde, independentemente de sua condição de membro de grupos prioritários/programáticos. De acordo com a *tabela 1*, 93% das EqSF declaram que reservam vagas para atendimento no mesmo dia, comportamento semelhante aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 96% da população entrevistada declarou ter sido atendida na primeira vez em que buscou atendimento (IBGE, 2008).

Nesse sentido, em menor proporção, 83,5% das EqSF entrevistadas dizem agendar consultas para grupos não integrantes dos 'programas de saúde', destacando-se uma variação para menos nos municípios de menor porte (78,5%) e para mais nos de maior porte (88%). Isso indica que, nos municípios menores, o foco pode se constituir nas atividades programadas de saúde e vigilância. O atendimento à demanda espontânea inclui também respostas assistenciais às situações de urgência e emergência. A realização de

'atendimento de urgência e emergência' foi informada por três quartos das equipes (73%). Todavia, 35% dos usuários afirmam que não buscaram atendimento de urgência e emergência nas UBS quando precisaram. Entre os que procuraram atendimento nas UBS, 82,5% relatam ter conseguido, em caso de urgência, ser atendidos na UBS na mesma hora e sem consulta marcada. Observa-se, nesse caso, uma variação decrescente do menor para o maior porte populacional, possivelmente pela ausência ou insuficiência de serviços de urgência e emergência nas cidades menores.

Entre os usuários que necessitaram atendimento de urgência e não buscaram a UBS, as principais razões apontadas foram: a unidade não atende a urgência (32%) e a UBS estava fechada no momento da urgência (35%). No primeiro caso, quanto maior o porte populacional maiores as proporções de UBS que não atendem urgência e, em relação ao segundo, quanto maior o porte populacional, menores são as possibilidades de a UBS estar fechada. Em suma: municípios de menor porte atendem mais urgências, mas apresentam maiores limitações de acessibilidade temporal.

Quanto à organização da agenda e ao 'acesso a consultas de AB' das EqSF, 55% dos profissionais relatam que as UBS agendam consultas a qualquer hora, em qualquer dia,

enquanto apenas 28% dos usuários relatam conseguir agendar consulta indo à unidade a qualquer hora. Em ambos os casos, destacam-se os municípios com mais de 500.000 habitantes, com maiores percentuais, respectivamente, 64% no caso das respostas dos profissionais e 39 % nas dos usuários.

Outras formas de marcação de consultas chamam muito atenção pelo grau de dificuldades, que representam para os usuários. O acesso a marcação de consultas por meio de distribuição de fichas nas UBS representam 23,5% das respostas dos usuários, sendo maiores nos municípios de até 10.000 habitantes (28%) e nos de até 20.000 habitantes (27%). Um grau de dificuldade ainda maior pode ser observado nas UBS onde, além de pegar a ficha, o usuário ter que fazer fila antes da unidade abrir, resposta indicada por 31% dos usuários.

Outras duas formas de agendamento propostas no questionário PMAQ-AB foram a marcação de consultas por telefone, extremamente incomum (2%), e a marcação pelo agente comunitário de saúde, que abarcou 11,5% das respostas dos usuários. Os usuários relatam que o agendamento pode ser realizado todos os dias (57%), sendo maiores os percentuais em municípios de até 10.000 habitantes (67,5%) e nos de 500.000 habitantes (60,5%).

Segundo a PNAD Saúde (IBGE, 2008), os usuários que relataram não ter conseguido atendimento na primeira vez que procuraram o serviço de saúde nas últimas duas semanas, informaram como motivos: a falta de vaga ou não terem conseguido senha (39,6%), seguido por falta de profissionais médicos (34,6%), o que reafirma a lógica observada no PMAQ-AB de atendimento por 'ficha, senha', i.e., quantidade de vagas limitadas. Esses achados remetem necessariamente à discussão sobre as limitações no acesso que ainda prevalecem nos serviços de APS do Brasil.

A subdimensão 'resolutiva' para APS como porta de entrada preferencial à rede de saúde analisa, por um lado, a 'oferta de ações pela equipe' sob a perspectiva dos profissionais

(recebimento ou disponibilidade de procedimentos e recursos) e dos usuários (satisfação das necessidades, facilidade de acesso a consultas e disponibilização de recursos na unidade). Por outro lado, analisa a 'oferta de apoio de outros profissionais' à equipe de Atenção Básica pelos Núcleos de Apoio à SF e seus especialistas selecionados e pelos Centros de Atenção Psicossocial (*tabela 2*).

No componente 'oferta de ações pela equipe' observa-se que 68% das EqSF relatam receber medicamentos suficientes da farmácia básica, não havendo quanto a essa variável diferenças substantivas entre os municípios de distintos portes populacionais. O mesmo não ocorre quanto à realização de coleta de material para exame pela EqSF. Observa-se que 52,5% do total de EqSF realizam coleta para exame, com destaque para municípios de mais de 500 mil habitantes, em que 88% das EqSF realizam essa ação. Quanto à oferta de vacinas, 82% das EqSF entrevistadas declaram que realizam todas as vacinas do calendário básico. Nas cidades de grande porte, essa ação é realizada por 92% das equipes. O calendário básico de vacinas é composto de treze itens imunobiológicos preconizados pela Política Nacional de Imunização e são: BCG-ID; Dupla tipo adulto-dT; Febre amarela; Influenza sazonal; Hepatite B; Meningocócica C; Pneumocócica 10 e 23 valente; Poliomielite oral; Tríplice viral e tríplice bacteriana; Tetravalente; Vacina oral de Rotavirus Humano.

A realização de procedimentos/pequenas urgências (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicação injetável intramuscular e endovenosa) pelas equipes nas UBS nos municípios alcança 63% das equipes no país, sendo mais realizada nos municípios de pequeno porte - até 10 mil hab. (73,5%) ou de 10 até 20 mil hab. (66%) - do que nos municípios com mais de 500 mil hab. (58%) (BRASIL, 2012).

Ao analisar-se a resolutividade da porta de entrada na percepção dos usuários, 31%

deles afirmam que os medicamentos sempre estão disponíveis quando receitados. Essa percepção é mais forte entre os usuários de municípios com até 10 mil habitantes (32%) e entre os municípios com mais de 500 mil hab. (38%). Contudo, 73% dos usuários consideram que a equipe busca resolver suas necessidades na própria unidade; 66% relatam ter facilidade para saber os resultados dos exames. No que diz respeito à atenção à saúde da mulher gestante, 71% das usuárias relatam ter feito a maioria das consultas de pré-natal na UBS e 76% relatam ter feito sete ou mais consultas de pré-natal.

O ‘apoio matricial em saúde’, que se introduziu mais recentemente na APS com a implementação dos NASF, objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde das pessoas. Caracteriza-se como um dispositivo importante para ampliação da clínica com maior resolutividade e abrangência da ação em APS. O NASF compõe-se de oito áreas estratégicas de apoio às EqSF, as quais correspondem oito especialidades: atividade físicas/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação (fisioterapia), alimentação e nutrição (nutrição),

Tabela 2. Subdimensões e indicadores da APS como porta de entrada preferencial à rede de saúde: porta resolutiva – equipes SF participantes do PMAQ-AB*, segundo municípios por porte populacional, Brasil, 2012

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Oferta de ações pela equipe							
EqSF recebem medicamentos suficientes da farmácia básica	69,4	66,0	68,6	66,3	68,4	66,2	67,6
Usuários afirmam que quando o medicamento é receitado:							
Sempre disponível	32,0	28,7	27,9	28,6	30,2	38,2	31,1
Algumas vezes disponível	50,2	50,0	53,8	53,8	53,8	51,7	52,2
Nunca disponível	5,5	7,0	7,3	7,2	8,1	6,4	6,9
Nunca disponível ou UBS não entrega medicamento	17,8	21,3	18,3	17,6	15,9	10,1	16,7
EqSF realizam:							
Coleta de material para exames	48,4	34,3	40,0	46,6	55,7	87,7	52,5
Todas as vacinas do calendário básico	84,0	75,4	77,3	81,1	83,8	91,9	82,2
Procedimentos	73,5	66,3	64,3	58,9	56,5	57,7	62,8
Usuários relatam que:							
A equipe busca resolver as necessidades na própria UBS	76,4	74,4	73,2	74,3	71,0	69,6	72,9
Têm facilidade para saber os resultados dos exames	74,5	66,8	64,5	65,3	62,9	63,0	65,9
Mulheres relatam ter feito**:							
A maioria das consultas de pré-natal na UBS de referência	75,3	73,4	72,4	65,0	67,1	70,7	70,9
Sete ou mais consultas de pré-natal	77,7	75,1	75,6	75,6	77,6	74,1	76,0

Tabela 2. (cont.)

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Apoio de outros profissionais							
EqSF recebem apoio:							
De outros profissionais	81,8	85,2	91,9	91,6	88,3	92,7	88,7
Do NASF	33,7	45,8	66,0	77,4	70,1	86,9	64,3
Do CAPS	21,3	27,0	52,3	64,8	60,2	57,4	47,7
Psicólogo	28,7	39,4	55,6	66,4	60,9	73,9	54,9
Fisioterapeuta	24,6	34,5	56,1	64,9	50,1	72,0	51,2
Nutricionista	23,2	33,0	54,4	64,9	52,5	65,8	49,7
Assistente Social	17,3	26,4	46,6	55,2	49,7	57,5	42,9
Farmacêutico	12,6	15,6	23,8	29,9	32,7	36,8	25,7
Ginecologista	6,0	12,8	18,9	20,4	14,7	20,1	15,8
Pediatra	6,5	11,1	17,5	17,9	17,0	18,4	15,1
Psiquiatra	4,7	10,0	9,1	9,3	13,7	23,7	12,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012.

* Número de UBS nas quais atuam as Equipes de Saúde da Família: 13.843; Número de Equipes de Saúde da Família: 16.566; Número de usuários: 62.505

** Número de mulheres com filhos com até dois anos de idade: 8.252

saúde mental (psicologia e psiquiatria), serviço social (assistência social), saúde da criança/adolescente/jovem (pediatria), saúde da mulher (ginecologia) e assistência farmacêutica (farmácia). Esse dispositivo é mais uma alternativa para ampliar o escopo das ações em APS atendendo as perspectivas de promoção, prevenção e recuperação.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de Atenção Básica. Sua presença também supõe a contratação de profissionais especialistas e maior dependência da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes da equipe responsável pelo cuidado e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes clínicas devem prever critérios para acionar o apoio dos especialistas e definir o espectro de responsabilidade

tanto dos diferentes integrantes da equipe de Atenção Básica quanto dos apoiadores matriciais. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar aos mecanismos de referência e contra referência e às centrais de regulação, que respondem a uma estrutura hierarquizada do sistema. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

Na *tabela 2*, o componente ‘apoio de outros profissionais’ é apresentado pelo levantamento junto às EqSF quanto a receberem apoio de outros profissionais em geral, do NASF e do CAPS, a suas ações. Essa concepção de clínica ampliada em APS está presente nos municípios com variações importantes nos portes populacionais. O apoio do NASF é relatado por 64% das equipes. O apoio do CAPS é reconhecido por 48% das equipes no país, mas ainda permanece em torno dos 20% para os municípios de menos

de 20 mil habitantes. O apoio do NASF diferencia-se conforme se analisa a presença das oito especialidades. Destaca-se o apoio de profissionais de psicologia (55%), fisioterapia (51%) e nutrição (50%), sendo também expressivo o apoio do serviço social (43%). Observa-se que o apoio do ginecologista e do pediatra do NASF é relatado por apenas 16% e 15% das EqSF, respectivamente, no país.

Na abordagem de apoio matricial concebe-se que a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos – os especialistas e a equipe de Saúde da Família – pode ocorrer de maneira horizontal, dialógica, não hierárquica. O apoiador matricial é um especialista que agrega recursos de saber e contribui com intervenções para aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe de Saúde da Família (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Todavia, as variáveis incluídas na avaliação externa do PMAQ-AB não permitem analisar esses processos de trabalho.

Acesso a serviços de saúde especializados

As condições de acesso a serviços de saúde especializados (consultas e exames) dos usuários do SUS atendidos por EqSF foram analisadas, considerando: as formas e facilidade de agendamento para serviços especializados de pacientes encaminhados pela EqSF; o tempo de espera para alguns serviços especializados, estimado pelos profissionais; o monitoramento pelas EqSF de listas de espera para serviços especializados de pacientes encaminhados; e a garantia de acesso a serviços específicos – mamografia e maternidade (tabela 3).

Observa-se uma variedade de formas de agendamento para serviços especializados de pacientes encaminhados pelas EqSF com concomitância de diversas modalidades para uma mesma equipe. A forma mais comum é a consulta especializada marcada pela UBS com data informada posteriormente ao paciente, relatada por 61% das EqSF (variando

de 40% das EqSF de municípios entre 10 e 20 mil habitantes a 90% das EqSF naqueles com mais de 500 mil hab.). Essa modalidade é confirmada por 49% usuários que informam esta experiência de uso. A segunda modalidade mais presente de encaminhamento, segundo as equipes, é a ausência de agendamento pela UBS: o paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve buscar um serviço, informada por 35% das EqSF (com maior predomínio em cidades médias, cerca de 40%). Todavia esta experiência é relatada por somente 20% dos pacientes. Por outro lado, 26% das equipes informam ser possível o paciente sair da unidade com a consulta especializada agendada; forma vivenciada por 14% dos pacientes. Outra modalidade de marcação é a consulta marcada pelo próprio usuário na central de marcação, informada por 34% das equipes e por 15% dos usuários. Há discrepância de resultados entre as informações prestadas pelos profissionais e aquelas prestadas pelos usuários, com percepção de maior dificuldade de agendamento para consultas especializadas por parte dos usuários. Os usuários tendem a ter respostas mais críticas com base em sua experiência e dificuldades de acesso. Por outro lado, essa discrepância pode, em parte, ser imputada a diferenças nas perguntas dos questionários. Para os profissionais, solicitavam-se múltiplas respostas, enquanto para os usuários, solicitava-se resposta única para a forma mais comum de agendamento de consulta especializada.

A maior parte dos usuários informa facilidade no agendamento: 68% relatam que, quando precisam, os profissionais das EqSF conseguem marcar uma consulta com outros profissionais. Todavia, 13% dos usuários nunca conseguem marcar uma consulta especializada quando precisam.

Para exemplificar as estimativas informadas pelos profissionais SF entrevistados quanto ao tempo de espera, foram selecionadas três especialidades para as quais uma maior proporção de equipes informou ter realizado encaminhamentos nos últimos três meses: cardiologia

Tabela 3. Subdimensões e indicadores de acesso a serviços especializados, equipes SF participantes do PMAQ-AB*, segundo municípios por porte populacional, Brasil, 2012

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Agendamento para serviços especializados							
EqSF relatam que usuários saem da UBS com consulta especializada agendada	24,2	17,9	23,3	25,7	29,0	36,4	26,2
EqSF relatam que usuários têm consulta especializada:							
Marcada pela UBS e data depois informada	48,7	39,5	47,7	61,0	78,5	89,5	61,1
Marcada por usuário na central de marcação	39,5	51,8	44,3	35,2	17,5	13,0	33,3
Recebem uma ficha de referência para profissional/serviço especializado determinado	32,7	36,9	41,8	41,0	29,3	27,3	34,6
Recebem uma ficha de referência para algum profissional/serviço especializado	18,0	21,7	24,8	24,1	19,3	14,6	20,3
Usuários relatam que ao necessitar de encaminhamento a outros profissionais:							
Saem da UBS com a consulta agendada	20,1	11,3	11,9	11,5	11,0	16,4	13,7
A consulta é marcada pela UBS e data depois informada	43,7	34,9	35,2	44,3	63,7	66,9	49,0
A consulta é marcada pelo usuário na central de marcação de consultas	16,5	25,2	22,1	14,6	7,5	4,6	14,8
Recebem uma ficha de referência e procuram o serviço indicado	16,8	24,9	26,6	25,3	14,6	10,1	19,2
Recebem uma ficha de referência e procuram o serviço que desejam	2,9	3,6	4,2	4,4	3,3	1,9	3,3
Usuários relatam que, ao precisar, a EqSF consegue marcar consulta com outros profissionais:							
Sempre	75,9	69,7	66,4	66,8	66,5	66,2	68,4
Algumas vezes	15,5	17,5	18,9	18,0	19,4	21,3	18,6
Não conseguem	8,6	12,8	14,7	15,2	14,1	12,5	13,0
Mulheres relatam ter:							
Precisado fazer o exame de mamografia**	33,8	31,4	30,1	33,1	39,2	43,5	35,3
Conseguido fazer a mamografia ao precisar***	89,7	88,1	85,8	88,4	89,1	88,1	88,1
Tempo de espera estimado para serviços especializados							
Cardiologia							
Até 30 dias	73,3	72,4	71,8	64,4	49,6	41,1	61,2
De 31 a 60 dias	14,0	14,2	14,8	20,1	20,4	18,5	16,9
De 61 a 90 dias	5,5	5,8	6,3	5,8	10,6	14,6	8,4
De 91 a 120 dias	1,6	1,3	1,5	2,3	4,9	6,0	3,1
De 121 a 180 dias	2,6	1,3	1,3	3,1	6,2	9,7	4,2
Mais de 180 dias	3,1	5,1	4,3	4,4	8,4	10,1	6,1

Tabela 3. (cont.)

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Ortopedia							
Até 30 dias	65,8	67,9	70,6	63,5	42,7	24,9	54,1
De 31 a 60 dias	13,0	14,9	14,5	18,5	15,0	16,4	15,2
De 61 a 90 dias	8,0	5,4	5,2	7,2	12,2	16,3	9,4
De 91 a 120 dias	2,9	3,2	2,1	3,6	5,4	7,1	4,2
De 121 a 180 dias	3,6	3,4	2,7	3,4	7,2	13,0	5,9
Mais de 180 dias	6,7	5,3	4,9	3,7	17,5	22,4	11,1
Oftamologia							
Até 30 dias	63,1	61,5	57,9	54,7	43,0	34,7	51,1
De 31 a 60 dias	15,3	16,3	17,1	16,7	15,8	17,9	16,6
De 61 a 90 dias	8,3	6,8	8,4	9,3	10,4	16,2	10,2
De 91 a 120 dias	3,2	3,9	3,1	3,4	5,1	7,3	4,5
De 121 a 180 dias	4,8	4,6	4,4	5,7	7,7	8,8	6,2
Mais de 180 dias	5,2	7,0	9,1	10,3	18,0	15,1	11,4
Monitoramento das listas de espera							
EqSF monitoram lista de espera para:							
Pacientes com Hipertensão Arterial	49,0	45,6	49,3	49,4	49,6	53,6	49,5
Pacientes com Diabetes Mellitus	47,8	45,2	48,1	50,0	49,3	54,7	49,2
Acesso a serviços específicos							
EqSF possuem maternidade definida para as gestantes acompanhadas	85,9	77,0	82,4	86,2	81,9	85,2	82,8
Mulheres relatam que receberam orientação sobre a maternidade de referência****	70,7	61,7	64,7	67,6	62,8	75,9	66,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Número de UBS nas quais atuam as Equipes de Saúde da Família: 13.843; Número de Equipes de Saúde da Família: 16.566; Número de usuários: 62.505

** Número de mulheres entrevistadas: 47.424

*** Número de mulheres que precisaram fazer mamografia: 17.453

**** Número de mulheres entrevistadas com filhos até dois anos que fizeram pré-natal na UBS: 5.848

(67% das EqSF realizaram encaminhamentos), ortopedia (65%) e oftalmologia (65%). Para as três especialidades, 50% ou mais das equipes estimaram tempo de espera de até 30 dias, com pior situação nas cidades com mais de 500 mil habitantes, onde mais de 40% dos coordenadores das equipes estimaram tempo de espera maior que 90 dias para consulta em ortopedia; para oftalmologia, 32,5% das equipes

estimaram espera maior do que 90 dias. Note-se que mais de 15% das equipes estimaram tempo de mais de 180 dias de espera para estas duas últimas especialidades.

A excessiva positividade dos resultados dessas variáveis contrasta com resultados de pesquisas que identificam elevados tempos de espera (CARVALHO; GIANINI, 2008) e com pesquisas de opinião que mostram os excessivos

tempos de espera como as principais queixas dos usuários do SUS (BRASIL, 2003), podendo-se questionar a validade dessa variável. Cabe lembrar que não é uma variável precisa, pois se refere a percepções dos profissionais e deveria ser validada por dados administrativos dos sistemas de regulação. Ademais, pode-se deduzir que as percepções dos entrevistados não se baseiam em acompanhamentos específicos, pois apenas metade das equipes informa monitorar listas de espera para pacientes com hipertensão ou *diabetes mellitus*, com pouca variação entre os estratos de municípios. Menos de um terço das equipes comprovou com documentos tal acompanhamento.

Para exemplificar o acesso a alguns serviços específicos, escolheu-se a mamografia, para a qual 88% das mulheres relataram ter conseguido fazer. Todavia, dada a baixa proporção de mulheres que informaram ter tido necessidade do exame (35%), pode-se supor desconhecimento da necessidade de rastreamento. Conforme preconizado, a partir dos 50 anos de idade, todas as mulheres deveriam ser submetidas a uma mamografia a cada três anos.

O acesso à maternidade, como um dos fluxos mais organizados, é corroborado nos dados PMAQ-AB: 66% das EqSF informam possuir maternidade definida para as gestantes acompanhadas. Todavia, um terço das mulheres com filhos menores de dois anos entrevistadas relataram não ter sido orientadas durante seu pré-natal sobre sua maternidade de referência, o que chama a atenção, dadas as iniciativas para conformação da rede cegonha no país pelo Ministério da Saúde.

Estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado

Dois conjuntos de mecanismos para a coordenação assistencial são citados como favoráveis à interação dos profissionais de

diferentes pontos de atenção e, consequentemente, à integração assistencial: (1) mecanismos normatizadores, cujos instrumentos são os protocolos de prática clínica, mapas de atenção, sistemas voltados para a formação continuada e a padronização de resultados; e (2) mecanismos informais, de iniciativa dos próprios profissionais, cujos meios de comunicação podem ser correio eletrônico, telefones, reuniões informais, entre outros (NAVARRETE; LORENZO, 2009).

A continuidade informacional é outro componente citado na literatura como favorável à integração assistencial. Os prontuários eletrônicos, quando utilizados de maneira integrada, ampliam as chances de comunicação entre a APS e os especialistas e favorece a transmissão e compartilhamento de informações sobre o paciente entre os profissionais, com possibilidade de obter maior colaboração entre os distintos níveis assistenciais (NAVARRETE; LORENZO, 2009; ALMEIDA ET AL., 2010).

Para a análise das estratégias de integração da APS à rede assistencial e para a coordenação do cuidado, verificou-se a existência dos seguintes mecanismos de integração: continuidade informacional, ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico (tabela 4).

Sobre a continuidade informacional, verificou-se que apenas 14% das EqSF declaram dispor de prontuários eletrônicos. As diferenças percentuais se acentuam quando se comparam as classes de municípios onde as equipes atuam. Nos municípios com mais de 500 mil habitantes, 41% das EqSF declaram possuir prontuários eletrônicos nas UBS, em relação a 5% das equipes das cidades entre 50 e 100 mil habitantes, por exemplo. Deve-se considerar, no entanto, que, mesmo nos municípios com mais de 500 mil habitantes, mais da metade das equipes não dispõem de prontuário eletrônico.

A existência de prontuários eletrônicos integrados com outros pontos de atenção é ainda menos presente nas UBS. Entre as 16.566 EqSF participantes do PMAQ-AB, apenas

11% declararam dispor de prontuários eletrônicos integrados com outros pontos da rede de atenção. Destaca-se que, nas cidades com mais de 500 mil habitantes, 32% das equipes dispõem de prontuários integrados.

Nota-se que há, na maioria dos municípios que aderiram ao PMAQ-AB, algum tipo de sistema de agendamento de consultas e procedimentos diagnósticos e que de alguma forma as EqSF têm acesso ao sistema para referir os usuários dos territórios onde atuam. Dentre as EqSF entrevistadas, 91% declararam haver no município uma central de

regulação, 99% declararam existir central de marcação de consultas especializadas e 95,5% referiram haver central de marcação de exames. Percebe-se que quanto maior o porte populacional das cidades mais alto é o percentual de respostas positivas para essas questões.

No entanto, em relação ao ordenamento de fluxos assistenciais, menos da metade das EqSF (43%) referem dispor de protocolos que orientem a priorização de casos que precisam de encaminhamento, e pouco mais da metade das equipes (58%) declaram dispor de documentos contendo os serviços de

Tabela 4. Subdimensões e indicadores das Estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado – equipes SF participantes do PMAQ-AB*, segundo municípios por porte populacional, Brasil, 2012

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
Continuidade Informacional							
EqSF com prontuário eletrônico implantado	11,6	7,2	6,2	5,2	10,6	41,0	14,2
EqSF com prontuário eletrônico integrado	7,6	5,5	5,4	4,0	9,6	31,6	11,1
Existência de central de regulação							
EqSF dispõe de central de regulação	86,8	88,9	89,9	87,9	92,8	97,2	90,9
EqSF dispõe de central de marcação de consulta especializada	99,0	98,7	99,1	98,9	99,0	98,9	98,9
EqSF dispõe de central de marcação de exames	96,5	96,4	96,1	95,1	94,4	94,6	95,5
Ordenamento de fluxos assistenciais							
EqSF possuem protocolos com definição de prioridades para encaminhamento	26,8	27,9	34,8	40,7	51,3	74,9	43,4
EqSF possuem documento contendo as referências e fluxos do território	48,3	39,5	48,3	53,4	69,7	83,9	57,8
EqSF com fluxos definidos para atendimentos:							
Suspeita de câncer de mama	43,9	35,0	42,6	47,8	62,2	77,3	51,9
Suspeita de câncer de colo de útero	44,3	36,0	43,1	48,9	63,6	77,8	52,7
Parto (maternidade)	42,4	32,2	39,2	42,6	55,2	75,4	48,3
Coordenação do Cuidado Clínico							
EqSF possuem protocolos para:							
Câncer uterino	62,8	60,7	63,0	67,7	76,8	89,2	70,4
Pré-natal	67,5	66,5	70,2	70,8	84,0	92,9	75,9
Hipertensão Arterial	62,8	60,1	64,4	65,5	77,0	89,7	70,5
Diabetes Mellitus	63,3	60,1	64,8	65,2	76,9	89,6	70,6

Tabela 4. (cont.)

Indicadores	Até 10.000 hab	10.001 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001- 500.000 hab	500.001 hab ou mais	Brasil
	%	%	%	%	%	%	%
EqSF fazem contato com especialistas:							
Sempre	16,8	15,1	17,4	15,0	12,4	9,9	14,4
Algumas vezes	54,3	49,9	52,1	51,0	51,7	55,0	52,4
Nunca	28,8	34,9	30,4	34,0	36,0	35,1	33,2
EqSF são contatadas por especialistas:							
Sempre	6,9	6,9	8,5	7,0	5,3	4,1	6,4
Algumas vezes	43,6	38,8	41,9	39,9	41,3	44,1	41,7
Nunca	49,5	54,3	49,7	53,1	53,5	51,7	51,9
UBS com fluxo de comunicação entre AB e AE	44,4	39,5	44,7	48,3	56,2	64,8	49,9
EqSF com ficha de referência/contra referência	76,0	78,4	82,5	84,6	88,3	84,0	82,9
EqSF discutem casos com especialistas	36,4	34,8	37,1	32,8	35,5	35,3	35,5
EqSF realizam reuniões técnicas com especialistas	14,6	19,1	27,5	28,8	32,5	29,1	26,2
EqSF com acesso a teleconferência e/ou tele saúde	30,8	21,1	16,1	13,5	11,8	20,1	18,5
EqSF que utilizam prontuários eletrônicos para se comunicar com especialistas	5,9	5,5	7,9	5,7	12,1	30,1	13,2
EqSF com lista de contato de especialistas da rede	42,7	29,4	36,2	47,0	49,2	55,3	43,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

*Número de Equipes de Saúde da Família: 16.566

referência e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe.

Dentre as equipes que informaram haver referências e fluxos definidos no município, 53% declararam haver fluxos definidos para câncer de colo de útero e 52% para os casos com suspeita de câncer de mama. Chama a atenção o fato que apenas 48% das equipes declararam haver fluxos definidos para assistência ao parto (maternidade), ainda que 83% das equipes tenham informado possuir maternidade definida para as gestantes acompanhadas (tabela 3).

Sobre o uso de protocolos para a efetivação da coordenação do cuidado clínico, observa-se que 70% das equipes dispõem de protocolos para a condução de casos de câncer de colo uterino, 76% para pré-natal,

70,5% para hipertensão arterial e 71% para *diabetes mellitus*.

Nota-se que a definição de referências e fluxos e a existência de protocolos para a condução dos casos acima mencionados são mais frequentes entre as respostas das EqSF que atuam nas cidades de maior porte populacional.

Com relação à interface da APS com a atenção especializada (AE), 14,5% das EqSF declararam que sempre, e 52% algumas vezes entram em contato com especialistas para trocar informações sobre pacientes encaminhados. Por outro lado, quando se perguntou com que frequência o especialista entrava em contato com a EqSF para trocar informações sobre os pacientes encaminhados, 52% declaram que os especialistas nunca entram em contato com a EqSF.

Embora as características da relação na interface entre atenção primária e AE sejam bem semelhantes no total de EqSF do país, pode-se dizer que nas menores cidades há um pouco mais de possibilidade de interação entre os profissionais dos dois pontos de atenção. Nas cidades de menor porte populacional, as equipes foram mais positivas em suas respostas sobre as possibilidades de contato com os especialistas do que nas cidades de maior porte, possivelmente mais motivados por questões de proximidade e menos por iniciativas institucionalizadas para a integração sistêmica.

Ainda assim 50% das equipes informaram haver algum tipo de fluxo de comunicação entre AB e AE. O instrumento mais citado pelas equipes é a ficha de referência/contrareferência (83%), independentemente do porte populacional das cidades onde atuam as equipes entrevistadas. A discussão de casos com especialista é referida por 35,5% das equipes e 26% informaram realizar reuniões técnicas com especialistas.

No que tange aos instrumentos para maior interação entre os profissionais da AB e AE para a qualificação e resolutividade das práticas das equipes de SF, apenas 18,5% das EqSF declaram ter acesso à teleconferência ou tele saúde para comunicação com os especialistas. As equipes dos municípios com menos de 10 mil habitantes foram as que mais referiram utilizar tais mecanismos de comunicação (31%). Do total de equipes, somente 13% relataram utilizar o prontuário eletrônico com essa finalidade, estando metade dessas equipes concentradas nas grandes cidades.

Chama a atenção que apenas 43% das equipes responderam existir na UBS uma lista de contato com os especialistas da rede SUS. Nos municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes este percentual foi de 30%, indicando maior dificuldade para uma possível comunicação.

Discussão

As características atribuídas a uma APS efetiva variam entre autores, mas há certa concordância quanto a alguns componentes principais similares aos propostos por Starfield (2002). Kringos *et al.* (2010), em extensiva revisão sistemática de literatura, propõem quatro dimensões essenciais para análise dos processos em APS relevantes para o alcance de bons resultados: acesso, continuidade do cuidado, coordenação do cuidado e integralidade ou abrangência do cuidado (*comprehensiveness*). Esses autores apontam evidências relacionando acesso a serviços de APS com continuidade, abrangência dos serviços prestados, redução de desigualdades socioeconômicas e qualidade com menores taxas de internação por condições sensíveis a cuidados ambulatoriais. Concordam, desse modo, com Starfield (2002) que essa é uma dimensão essencial de uma APS robusta. Encontram também evidências de que a continuidade dos cuidados em APS – em suas dimensões longitudinal, relacional e informacional – tem influência na qualidade da atenção com melhoria nas práticas preventivas, estabelecimento de diagnósticos mais precoces e promovem maior eficiência. Por sua vez, a coordenação entendida como a habilidade dos prestadores de APS para coordenar o uso de cuidados em outros níveis, o que inclui a função de porta de entrada e filtro (*gatekeeping*) e a integração entre atenção primária e secundária, apresenta relação com melhor qualidade e eficiência, segundo a revisão realizada pelos autores. Do mesmo modo, oferta mais integral de serviços em APS está associada à qualidade, equidade e saúde populacional (KRINGOS *ET AL.*, 2010).

A integração assistencial está fortemente relacionada com as noções de continuidade e coordenação, havendo certa superposição nas definições destes termos. Reconhece-se amplamente a contribuição da integração para a efetividade e eficiência dos sistemas de serviços de saúde ao reduzir fragmentação,

paralelismo e duplicação de ações, intervenções desnecessárias (KODDER, 2009).

Os dados coletados nos inquéritos do PMAQ-AB permitem traçar amplo panorama da APS e da atuação das EqSF em todo país. Os instrumentos aplicados englobam variáveis referentes à: estrutura e condições de funcionamento das UBS, acesso e qualidade da atenção, incluindo a organização do processo de trabalho, coordenação e continuidade do cuidado na rede; e acesso e utilização para diversas necessidades, participação e satisfação do usuário.

Sabe-se que, no ano de 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira. Entretanto, os dados analisados sinalizam haver disparidades importantes no acesso e na oferta de cuidados nas UBS dos municípios visitados. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS. A oferta de cuidados de uma EqSF pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada, a depender do lugar onde as equipes atuam. Dados de contexto são cruciais para compreensão desses resultados. As diferenças encontradas nos distintos portes populacionais dos municípios podem significar diversidades no processo de institucionalização da Estratégia de Saúde da Família em razão do histórico dos municípios quanto à capacidade de gestão da AB, condições para articulação regional no que se refere ao conjunto de recursos em saúde ou mesmo em relação às condições de vida e saúde das populações.

Deve-se considerar que, no Brasil, é muito diversa a configuração dos 5.565 municípios em termos estruturais e quanto ao tamanho da população. Segundo o Censo 2010 (IBGE, 2011), 2.513 municípios brasileiros (70,4%) são de pequeno porte, com população até 20.000 habitantes, onde vivem 17,1% da população (32 milhões). Nas cidades

consideradas de médio porte (1.368 municípios entre 20 e 100 mil habitantes) vivem 28,1% da população, o que corresponde a 53,6 milhões de pessoas. Nas cidades com população maior do que 100 mil até 500 mil habitantes (245 municípios) vivem 25,5% da população (48,5 milhões). As 38 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 29,3% da população (56 milhões).

Limites relacionados à seleção das amostras de equipes e usuários implicam cautela na generalização dos resultados. As informações derivadas do banco de dados correspondem ao conjunto de EAB que aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB. Pressupõe-se um viés de seleção positiva das equipes e de acentuação da positividade das respostas. O Programa vincula o resultado da avaliação de desempenho das equipes a repasses de recursos financeiros para o gestor municipal. Há interesse tanto do gestor municipal como das equipes participantes em fornecer respostas para o alcance dos melhores resultados. Do mesmo modo, a amostra de usuários dos serviços de AB apresenta limitações e vieses de seleção que aumentam a positividade dos resultados, posto que não ocorreu seleção aleatória. Os usuários se encontravam na unidade básica de saúde no momento da avaliação externa e tinham experiência anterior de uso.

Em relação à condição de porta de entrada preferencial, os resultados apontam uma percepção das EqSF em geral mais positiva que a dos usuários. Pela visão dos profissionais, as UBS apresentam a condição de uma porta aberta, com destaque para alguns componentes do funcionamento: organização da agenda, atendimento da demanda espontânea e acesso às consultas de AB. Por outro lado, as respostas dos usuários, 'consumidores' diretos desses serviços de saúde, apontam a importância de realizar avanços quanto à organização funcional, mais visíveis no que tange ao acolhimento, à disponibilidade da UBS para consultas de urgência e às formas de acesso às consultas. Os usuários identificaram que para marcar consulta precisam

fazer fila e pegar ficha antes da UBS abrir, a despeito de as equipes atuarem nos moldes da Estratégia Saúde da Família. Conclui-se que os profissionais e a gestão precisam ter escuta mais ativa no que se refere à característica da APS como porta aberta e serviço de primeiro contato, de forma a garantir a universalidade do acesso e uso contínuo e adequado aos serviços de APS.

No que se refere à oferta de serviços e à resolutividade das ações realizadas nos serviços de APS, são visíveis os espaços para o desenvolvimento de ações que favoreçam a posição da APS como porta de entrada preferencial, com oferta de cuidados regulares e resolutivos. Entre 20% e 45% das UBS não dispõe de alguns dos serviços selecionados para verificação de sua resolutividade, dentre eles vacinação e coleta de material para exames. Analisando o grupo materno-infantil, aproximadamente 71% das mulheres entrevistadas mencionaram ter realizado a maioria das consultas de pré-natal na UBS de referência e 76% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, o que indica certa qualidade em relação à resolutividade. Questões relacionadas a acesso, vínculo e qualidade do cuidado devem ser consideradas nesse conjunto de serviços de APS.

Sobre o apoio de outros profissionais às EqSF, ficam evidentes as diferenças entre as equipes que atuam nos distintos perfis de municípios. Apenas 34% das equipes contam com equipe de apoio assistencial/matricial nos municípios com menos de 10 mil habitantes. Pode-se dizer que, neste caso, a oferta de cuidados na APS tende a ser restrita e com menor capacidade resolutiva se comparada à condição das EqSF que contam com apoio de outros profissionais em contextos municipais mais favoráveis.

Em relação ao acesso aos serviços especializados por intermédio dos serviços de APS, ainda se constitui em desafio para a ampliação do escopo dos serviços de APS e a superação da oferta restrita de cuidados. Embora haja diferenças percentuais entre os municípios,

ficam evidentes as dificuldades de articulação da APS com a AE. Pouco mais de 1/4 das EqSF referem que seus usuários saem da UBS com consulta especializada agendada e 1/5 dos usuários relatam que quando necessitam ser encaminhados ao especialista recebem uma ficha de encaminhamento e devem procurar pelo serviço indicado.

Os resultados analisados sobre as estratégias para integração da rede assistencial e coordenação do cuidado apontam que ainda são incipientes as ações nessa direção. A continuidade informacional entre AB e AE por meio de prontuário eletrônico compartilhado está presente no processo de trabalho de apenas 11% das equipes participantes do PMAQ-AB. Somente metade das EqSF dispõe de referências/fluxos definidos para os atendimentos dos casos de suspeita de câncer de colo do útero, mamas e para maternidades, no caso das gestantes acompanhadas no pré-natal, a maior parte sem comprovação documental. Menos de 1/3 das equipes declararam nunca contatar o especialista para trocar informações e discutir casos relativos aos pacientes encaminhados.

Tal condição afeta diretamente a capacidade de resposta resolutiva da APS, i.e., a realização de cuidado adequado e oportuno dentro do SUS. Contudo, os elementos associados à integração da APS são dependentes de ações sistêmicas, extrapolam os limites da APS, mas têm implicação direta na sua condição de serviço de procura regular e base para a ordenação da rede.

As diferenças encontradas nas condições de oferta e uso de serviços de APS, principalmente nos municípios pequenos localizados em área rural e remota, coloca em discussão a condição da gestão municipal de, isoladamente, responder pelo conjunto de ações próprias da APS, conforme proposto na PNAB.

A formulação de políticas direcionadas para a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas deve, sobretudo, enfrentar o problema da qualidade e resolutividade das

unidades básicas de saúde, ampliando serviços ofertados e acesso oportuno – porta aberta e resolutive – para que, desde o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde do SUS, esteja presente a perspectiva da garantia do atendimento equânime e integral.

Em conclusão, os resultados indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta

de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada. ■

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-298, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>>. Acesso em: 04 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Acesso em: 04 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 55p.

CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.11, n.3, p.473-483, 2008.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica

no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, DC, v.21, n.2-3, p.164-176, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

FEO, J. J. O.; CAMPO, J. M. F.; CAMACHO, J. G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma de ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria*, Madrid, v.4, n.2, p. 357-382, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Indicadores Sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 08 nov. 2013.

_____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios. *Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2013.

KODDER, D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Health Care Quarterly*, Toronto, v.13, special issue, p.6-15, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20057243>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Service Research*, London, v.10, n.1, p.65-78, 2010.

KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. D. et al. *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010. p.215-240.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. A. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1153-1167, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.8, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>>. Acesso em: 19 fev. 2014.

NAVARRETE, M. L.V.; LORENZO, I. V. (Org.). *Organizaciones sanitarias integradas: um estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.

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

VIANA, A. L.V. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl.1, p.79-90, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300013>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

WATSON, D. E. et al. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver: University of British Columbia, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Factors affecting access to the Family Health Strategy teams in Brazil

Márcia Guimarães de Mello Alves¹, Elisete Casotti², Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira³, Mônica Tereza Christa Machado⁴, Patty Fidelis de Almeida⁵, Marcos Paulo Fonseca Corvino⁶, Juliana Marin⁷, Regina Fernandes Flauzino⁸, Luiz Albérico Araújo Montenegro⁹

¹ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. marciagma@id.uff.br

² Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. elisete.casotti@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Enfermeira do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. luisa.dutra@gmail.com

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. monicatcmachado@gmail.com

⁵ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. patty.fidelis@hotmail.com

RESUMO O artigo analisa o acesso às equipes certificadas pelo Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, tendo por categoria central o acesso potencial e duas dimensões: acolhimento e disponibilidade. A partir de questões selecionadas dos instrumentos da Avaliação Externa do Programa, geraram-se escores e três estratos. Os resultados confirmam que os fatores favoráveis ao acesso potencial foram: localização na região Sudeste, em capitais e municípios de maior porte e com maior número de equipes por unidade. Apesar dos progressos, os resultados indicam a necessidade de políticas e ações voltadas à qualificação da atenção prestada, especialmente nos municípios de pequeno porte.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT The article aims to analyze access to teams certified by National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. The category studied was the potential access with two dimensions: embracement and availability. Data obtained from selected issues of instruments of External Evaluation of the program were sources of information and generate scores and three strata. The results show that favorable factors to the potential access were located in the Southeast, in capitals, bigger towns, and larger number of teams by health unit. Despite progresses, the results address to the need for policies and actions to qualify the care provided, especially in small towns.

KEYWORDS Health services evaluation; Health services accessibility; Primary Health Care; Family health.

Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem, entre as suas diretrizes, a construção de um parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica (AB) e o estímulo ao processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados por essas equipes (BRASIL, 2011A). A AB é considerada como a porta de entrada do sistema de saúde e deve ser acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, além de coordenadora da continuidade do cuidado (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Starfield (2002) considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada, oferecendo cuidados focados na pessoa ao longo do tempo e não sobre a doença, provendo atenção a todas as condições e coordenando a assistência em outros níveis de atenção, quando necessário. Para a autora, na APS, o acesso deveria ser universal e não necessariamente relacionado ao problema/necessidade, uma vez que este pode não ter sido ainda identificado e definido. A definição de um serviço de APS como porta de entrada dependeria, segundo a mesma autora, tanto da acessibilidade (estrutura), como, por exemplo, da localização geográfica do serviço, horários e dias de funcionamento, como também da utilização de fato (processo) que a população faz do mesmo.

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011B, P.01), sendo a AB uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde.

O componente 'Avaliação Externa' do PMAQ-AB consistiu no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade da atenção em saúde. Foram verificadas a estrutura e as condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando à acessibilidade, à ambiência, às condições de trabalho e à disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos. A organização do processo de trabalho com vistas ao acesso e à qualidade das ações foi abordada sob a perspectiva do profissional e do usuário, considerando a implantação de alguns dispositivos, tais como o acolhimento, a agenda compartilhada, as ferramentas de gestão do cuidado, dentre outros. A unidade de análise foi a EqAB e seu local de trabalho, a UBS (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A complexidade do conceito de acesso encontra-se na diversidade de definições apresentadas por variados autores. Donabedian (1973) utilizou o termo "acessibilidade" definindo-o como as características dos recursos em saúde que facilitam ou obstruem sua utilização pelos potenciais usuários. O conceito de acessibilidade ampliou a noção de acesso para além da disponibilidade de recursos em um dado local e hora, e, em certa medida, incorpora a dimensão acolhimento (MASCARENHAS, 2003). Donabedian (1973) classificou os fatores que influenciam a acessibilidade do usuário aos serviços de saúde em dois grupos: sócio-organizacionais e geográficos que, embora distintos, apresentam correlações importantes. Os elementos sócio-organizacionais englobam todas as características dos recursos de saúde não relacionados aos elementos espaciais tais como: atributos do profissional de saúde (sexo, cor, especialização, tipo de remuneração) e estratégias formais e informais de admissão de pacientes que podem se utilizar de mecanismos de exclusão pela cor, status econômico ou diagnóstico. O segundo grupo de fatores que pode dificultar ou facilitar a acessibilidade, de acordo com esse mesmo autor, refere-se aos elementos geográficos, incorporando a

⁶ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. corvino.m@gmail.com

⁷ Mestre em Saúde Coletiva (UFF). Professora na Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) – Niterói (RJ), Brasil. jubsmarin@yahoo.com.br

⁸ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. rflauzino@uol.com.br

⁹ Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Substituto do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) – Niterói (RJ), Brasil. luiz.montenegro@gmail.com

ideia de que o espaço pode criar resistências à movimentação do usuário. A distância até o serviço de saúde, o tempo de deslocamento e o tempo gasto na busca pelos cuidados são algumas das medidas desses elementos. Estudos sobre itinerários terapêuticos têm trabalhado com esses elementos, destacadamente o acesso/acessibilidade, ainda que com diferentes abordagens teórico-metodológicas (CABRAL ET AL., 2011).

Por meio de revisão da literatura, Hulka e Wheat (1985) evidenciaram os fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde. Uma das categorias identificadas foi o 'status de saúde' ou necessidade de saúde. As evidências sugerem que a utilização dos serviços de saúde está diretamente relacionada à percepção da necessidade, sendo este o principal fator na determinação do uso. Os fatores capacitantes, segundo esses autores, envolvem os recursos que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços de saúde. Abrangem recursos familiares, tais como renda e cobertura por planos de saúde e outros vinculados à oferta de serviços como: disponibilidade de profissionais, exames, tempo de espera pelo serviço, etc.

Em publicações mais antigas, Andersen (1968), bem como Aday e Andersen (1974), já estabeleciam três condições, relacionadas às características da população, que determinavam a utilização de serviços de saúde: os componentes 'predisponentes', os 'capacitantes' e a 'necessidade'. Andersen e Newman (2005) referem-se a esses componentes como determinantes individuais da utilização dos serviços de saúde. Dois desses determinantes vão ao encontro das definições apresentadas por Hulka e Wheat (1985), ou seja, (i) a utilização dos serviços de saúde, que está relacionada à percepção dos indivíduos sobre sua condição, sintomas e incapacidades; e (ii) os componentes ou fatores capacitantes, que envolvem a disponibilidade de recursos nos serviços de saúde e a capacidade por parte dos indivíduos de acessá-los. São estes - utilização dos

serviços e fatores capacitantes - os que se adequam ao trabalho aqui apresentado. Já os fatores predisponentes (ANDERSEN; NEWMAN, 2005), incorporam características demográficas da população que antecedem o surgimento do problema de saúde e predispoem os indivíduos a utilizarem serviços de saúde como, por exemplo, idade, gênero, classe social e cor. Para esses autores (2005), o acesso se refere à entrada do usuário no serviço de saúde e à continuidade da atenção, envolvendo a disponibilidade dos serviços de saúde onde e quando o usuário necessitar, com clara definição da porta de entrada.

Outros autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; PAVÃO; COELI, 2008) destacaram também a importância da utilização dos serviços de saúde, delimitando o acesso em dois tipos: acesso potencial e acesso realizado. O primeiro, objeto de estudo deste artigo, caracteriza-se pela presença de fatores capacitantes do uso de serviços, ou seja, os meios disponíveis para obtenção dos cuidados de saúde, enquanto o segundo representa a utilização de fato desses serviços.

Penchansky e Thomas (1981) propuseram cinco dimensões para análise do acesso potencial aos serviços de saúde: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, capacidade de pagamento pelos serviços e aceitabilidade. A primeira dimensão, disponibilidade de serviços de APS, expressa a relação entre volume, tipo de serviços e recursos existentes em APS e as necessidades dos usuários. A acessibilidade geográfica aos serviços relaciona a distância e a distribuição geográfica dos serviços à localização dos pacientes. A dimensão da acomodação/acolhimento expressa a relação entre a organização dos recursos e a adaptação/acomodação dos usuários: sistemas de agendamento de serviços, visitas domiciliares, etc. A capacidade de compra refere-se aos custos dos serviços e à possibilidade de copagamento por parte da clientela, que varia em função das modalidades de pagamento, existência de planos

privados, dentre outros. A quinta dimensão representada pela aceitabilidade dos serviços caracteriza-se pela satisfação dos usuários com sua organização.

Posteriormente, Kringos *et al.* (2010) acrescentaram duas outras dimensões do acesso: a utilização dos serviços de APS, que indica o real consumo desses serviços, e a equidade no acesso, referente à adequação entre a provisão de serviços e as necessidades de saúde.

Neste artigo, ‘acesso’ é compreendido como “possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário” (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006, P. 976). As dimensões selecionadas para abordar o tema foram ‘disponibilidade’ e ‘acolhimento’, correlacionando-as com os fatores condicionantes do acesso, com base no banco de dados e o que mais se aproximava do modelo de análise construído.

De acordo com Assis e Jesus (2012), a disponibilidade corresponde ao alcance do usuário aos serviços de que necessita, incluindo-se a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, dentre outros. O acolhimento, segundo esses autores, compreende as ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca: desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta. Como tecnologia leve (MERHY, 2002), o acolhimento direciona estratégias de atendimento que resultem em ações de saúde mais ágeis e resolutivas, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009). Propõe uma reorganização do processo de trabalho com garantia do direito de acesso aos serviços e humanização das relações estabelecidas.

Para o Ministério da Saúde, o

acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais

entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2011C, P. 19) e, por isso, destaca que qualquer análise precisa considerar o que acontece em cada espaço. Identifica que a ampliação/facilitação do acesso; a postura, atitude e tecnologia de cuidado; e a (re)organização do processo de trabalho em equipe são dimensões constitutivas do acolhimento. (BRASIL, 2011C, P. 19).

Assim, o objetivo deste estudo foi o de analisar o acesso às equipes da Atenção Básica certificadas pelo Programa em todo o território brasileiro, tomando como base as dimensões ‘Disponibilidade’ e ‘Acolhimento’, na perspectiva estrutural e organizacional, a partir das variáveis existentes no instrumento de coleta de dados, identificando posteriormente os fatores condicionantes que interferem na qualidade do acesso.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, baseado nos dados secundários pertencentes ao componente da ‘Avaliação Externa’ disponíveis no banco do PMAQ-AB (FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013). Para este estudo, foram considerados os dados de questões dos ‘Módulos I - Observação na Unidade de Saúde’ e ‘II - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde’. O universo analisado é representativo apenas para as equipes que aderiram voluntariamente ao Programa e suas respectivas unidades de saúde. No total, foram entrevistadas 17.202 equipes (16.566 de Saúde da Família e 636 de Atenção Básica parametrizadas) em 3.944 municípios brasileiros, correspondentes a 51% das equipes implantadas no país no ano de 2012, atuando em 14.111 unidades básicas de saúde (UBS) (FAUSTO; SOUZA JUNIOR, 2013).

Para a análise, identificaram-se, dentre as questões disponíveis nos instrumentos

citados, aquelas consideradas pelos autores como coerentes com as dimensões de ‘acesso’ escolhidas – ‘disponibilidade’ e ‘acolhimento’. Em seguida, definiram-se parâmetros com base nas atividades previstas para desenvolvimento no âmbito da Atenção Básica, afim de pontuar cada questão.

Cada pergunta (aqui denominada ‘item’) originou uma variável dicotômica (sim/não) com base nas suas opções de resposta e nos critérios estabelecidos como ‘ótimos’ no tocante ao desempenho. A cada item atendido, segundo os critérios, foi atribuído 1 (um) ponto. O escore total de cada dimensão correspondeu à soma dos valores atribuídos às questões. Assim, a dimensão ‘acolhimento’ com 15 questões variou entre 0 a 15 pontos; a dimensão ‘disponibilidade’ com 39 questões variou de 0 a 39 pontos e o escore de ‘acesso’, construído a partir da soma destas duas dimensões, com 54 questões no

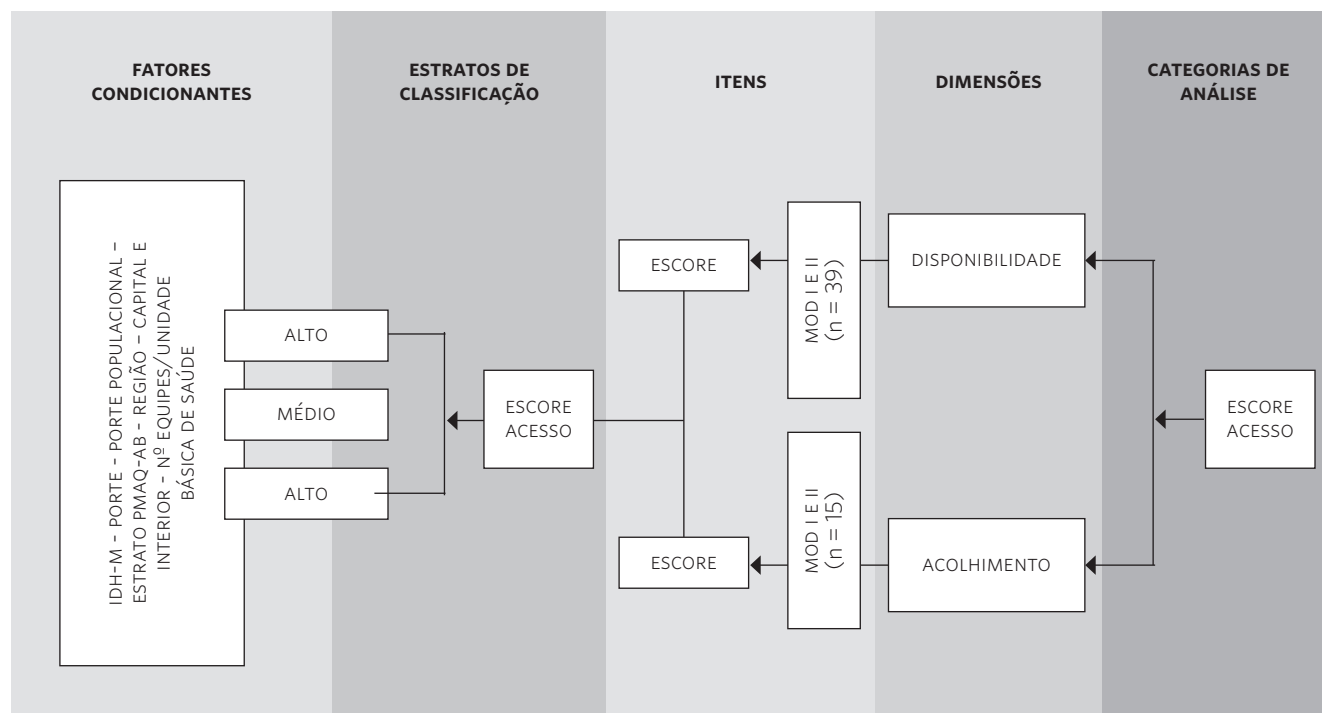
total, variou de 0 a 54 pontos.

A classificação do acesso em ‘baixo’, ‘médio’ e ‘alto’, foi definida de acordo com os tercís de distribuição dos pontos das questões somadas. Os pontos de corte para a dimensão ‘acolhimento’ foram 0 a 8 (baixo), 9 a 11 (médio) e 12 a 15 (alto) e para a dimensão ‘disponibilidade’ foram 0 a 24 (baixo), 25 a 29 (alto) e 30 a 39 (alto). Já para ‘acesso’, os valores limites foram 0 a 33 (baixo), 34 a 39 (médio) e 40 a 54 (alto). Na *figura 1*, resume-se o modelo de construção das dimensões e de análise.

Para análise da distribuição das equipes, segundo os estratos de acesso gerados, foram selecionados os fatores listados abaixo e construídas tabelas de contingências:

1. Regiões do Brasil: Norte (categoria de referência), Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste;

Figura 1. Modelo de construção das dimensões e das categorias de análise



Fonte: Elaboração própria

2. Ser capital ou não (categoria de referência);
 3. Porte populacional: até 20 mil habitantes (categoria de referência); de 20.001 até 200.000 habitantes e acima de 200.000 habitantes;
 4. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M 2010): muito baixo e baixo = 0 a 0,599 (categoria de referência); médio = 0,600 a 0,699; alto = 0,700 a 0,799; muito alto = igual ou maior que 0,800 (PNUD, 2013);
 5. Estratos para certificação do PMAQ-AB: adotada a classificação proposta pelo Departamento de Atenção Básica (DAB). A definição dos seis estratos foi feita com base em índice que varia de zero a dez e porte populacional. O índice é composto por cinco indicadores: 1. Produto Interno Bruto (PIB) per Capita; 2. Percentual da população com plano de saúde; 3. Percentual da população com Bolsa Família; 4. Percentual da população em extrema pobreza; e 5. Densidade demográfica. Os indicadores são ponderados com peso 2 (Produto Interno Bruto per Capita) ou 1 (todos os demais).
 6. Os estratos são: 1 = pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 = pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 = pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 = pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 5 = pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 = população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85 (BRASIL, 2014A). A categoria de referência foi o estrato 1;
 7. Número de equipes por unidade: 1 equipe (categoria de referência); 2 a 3 equipes; 4 ou mais equipes;
 8. Tempo de trabalho na equipe do profissional respondente: menos de 1 ano (categoria de referência), 1 ano, 2 anos, 3 a 5 anos, 6 ou mais anos.
- Um modelo de regressão logística multinomial foi usado para avaliar a associação multivariada dos fatores condicionantes em relação aos estratos de acesso. A regressão logística multinomial é um método de classificação que generaliza uma regressão logística para problemas multiclasse, ou seja, com mais de dois possíveis resultados discretos. Esse modelo é usado para prever as probabilidades dos diferentes resultados possíveis de uma variável dependente categórica distribuída (no nosso caso, 'acesso', 'disponibilidade' e 'acolhimento') a partir de um conjunto de variáveis independentes, por meio da razão de chances (GREENE, 1993). A razão de chances avalia quão fortemente a presença ou ausência de uma dada propriedade de uma variável está associada com a presença ou ausência de outra propriedade da mesma variável, numa dada população (GREENE, 1993). A categoria 'baixo acesso' foi considerada como referência para a variável dependente. O programa utilizado para todas as análises foi o SPSS® 20.0 e Excel® 2010.

Resultados e Discussão

No *quadro 1*, é possível observar que, no tocante à dimensão 'acolhimento', tem sido mais frequente a realização de visitas domiciliares (99,6%), de escuta e avaliação dos usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente (97,2%), e a reserva de vagas para atendimento no mesmo dia para usuário com necessidade (92,2%).

Entretanto, ainda que seja esperado o estabelecimento de mecanismos que assegurem

Quadro 1. Percentual de equipes da Saúde da Família (n = 17.202) que atenderam aos critérios propostos para as variáveis que compõem a dimensão 'acolhimento' - Brasil, 2012

Mód.	Questão	Critério (resposta considerada)	%
II	A equipe realiza visita domiciliar?	Sim	99,6
II	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	Sim	97,2
II	Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?	Sim	92,2
II	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?	Sim	83,5
II	Acolhimento à demanda espontânea - Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	Sim	80,0
I	Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde?	Sim	79,0
II	Com que frequência acontece?	Sim, para 'Em 5 dias ou mais'	70,5
II	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim	70,2
II	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	Sim, para 'Em qualquer dia da semana em qualquer horário' ou 'Em qualquer dia da semana em horários específicos'	70,0
II	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim	46,3
II	Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua equipe são atendidas por esta equipe?	Sim, para 'Todos os dias'	42,9
II	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	Sim	38,0
I	Infraestrutura da unidade de saúde: Nº de salas de acolhimento.	Sim, por ter pelo menos 1 sala	36,6
I	A unidade de saúde garante acessibilidade a usuários que não sabem ler, com diminuição da visão e/ou audição, com deficiência visual e/ou auditiva?	Sim	30,2
II	Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: Marca usuários na agenda: do médico; do enfermeiro; do dentista; de outro profissional; Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema; Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta; Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação; Prescrição de alguma medicação; Outro(s)	Sim, para sete ou mais ações	21,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

a acessibilidade e o acolhimento nas unidades de saúde (BRASIL, 2012), menos da metade das equipes entrevistadas referem ter condições consideradas adequadas para realizar tal 'acolhimento', tais como: disponibilidade de sala específica (36,6%); existência de protocolos para acolhimento (38%), capacitação dos profissionais para essa atividade (46,3%). Também chama a atenção que apenas 21,1% das equipes informaram desencadear ações a partir do acolhimento. Dessas ações, a menos frequente foi a marcação na agenda do enfermeiro (0,5%), menor inclusive do que a opção relacionada com a marcação na agenda de outros profissionais (0,9%), contrariando a atribuição prevista, de realização de consulta de enfermagem, na

Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Observa-se, por fim, que apenas 30,2% das equipes garantem acesso a pessoas portadoras de deficiência e 42,9% aos residentes fora da área de abrangência de sua equipe.

Quanto à dimensão 'disponibilidade', conforme se observa no *quadro 2*, a maior parte das equipes informou que suas unidades funcionam na hora do almoço (99,5%) e oferecem pelo menos dois turnos de atendimento (94,9%), predominantemente pela manhã e à tarde (94,8%). Outra ação frequentemente relatada pelas equipes foi o exame citopatológico realizado por 97,2% das equipes.

Dentre as ações menos disponíveis está a realização de testes diagnósticos de gravidez, HIV e sífilis na unidade (1,6%). Ao analisar a

Quadro 2. Percentual de equipes da Saúde da Família (n = 17.202) que atenderam aos critérios propostos para as variáveis que compõem a dimensão 'disponibilidade' - Brasil, 2012

Mód.	Questão	Critério (resposta considerada)	%
I	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Pelo menos 'Algumas vezes'	99,5
II	A equipe de Atenção Básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	97,2
I	Quantos turnos de atendimento esta unidade de saúde oferece à população?	Dois ou mais	94,9
I	Quais os turnos de atendimento?	Manhã e tarde	94,9
I	Esta unidade funciona quantos dias na semana?	Pelo menos 5 dias	94,8
II	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	Sim	93,4
II	A equipe de Atenção Básica desenvolve ações de planejamento familiar?	Sim	91,9
I	Nos dias em que a unidade de saúde funciona, até que horas ela permanece aberta?	16 h ou mais	91,7
II	A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	91,6
II	A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários que necessitam de cuidado continuado?	Sim	91,0
I	Qual a carga horária diária de funcionamento da unidade de saúde?	Pelo menos 8 horas	89,9
II	A equipe de Atenção Básica disponibiliza: Preservativos masculinos (camisinha); Preservativos femininos; Medicamentos contraceptivos (anticoncepcionais)?	'Sim' para pelo menos preservativo masculino e anticoncepcionais	86,3

Quadro 2. (cont.)

II	Quantidade de profissionais da equipe mínima de Atenção Básica: Médico; Enfermeiro; Cirurgião-dentista; Técnico de enfermagem; Auxiliar de enfermagem; Técnico em saúde bucal; Auxiliar em saúde bucal; Agente comunitário de saúde; Técnico em laboratório; Microscopista.	Se respondeu pelo menos 1 profissional de cada, exceto ACS = 4; Se tem Saúde Bucal: CD + [ASB ou TSB]. Técnico em laboratório e microscopista apenas na região Norte	84,0
II	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?	Sim	83,5
II	A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico?	Sim	82,2
II	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	Sim	81,5
II	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?	Sim	80,4
II	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	Sim	80,0
II	A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?	Sim	78,5
II	A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares?	Sim	77,0
II	A equipe de Atenção Básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa-Família?	Sim	74,8
II	Com que frequência acontece o acolhimento?	5 dias ou mais	70,5
II	A equipe realiza visita domiciliar? A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio?	Se Sim a ambas	70,4
II	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?	Sim	70,2
II	Em quais turnos é feito o acolhimento?	Sim para todos	68,9
II	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Práticas corporais; Atividade física; Outro(s)?	Se Sim para pelo menos duas opções	63,6
II	A equipe de Atenção Básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde?	Sim	62,8
II	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) para tuberculose do usuário?	Sim	60,9
II	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim	53,9
II	A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório?	Sim	52,7
I	Os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? Consultas médicas; Consultas de enfermagem; Consultas odontológicas; Dispensação de medicamentos pela farmácia; Recepção aos usuários; Realização de curativos; Vacinação; Acolhimento; Outro(s)	Sim para todos	49,3
II	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) para hanseníase do usuário?	Sim	45,2

Quadro 2. (cont.)

I	Esta unidade de saúde oferece atendimento à população nos fins de semana?	Sim; Sim, algumas vezes	39,0
II	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Até 4.000 pessoas sob responsabilidade de cada equipe	34,1
II	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	Sim	18,7
II	A equipe de Atenção Básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde: Drenagem de abscesso; Sutura de ferimentos; Retirada de pontos; Lavagem de ouvido; Extração de unha; Nebulização/inalação; Curativos; Medicações injetáveis intramusculares; Medicações injetáveis endovenosas; Outro(s)?	Sim para todos	17,2
I	Imunobiológicos disponíveis na unidade: BCG-ID; Dupla tipo adulto - dT; Febre amarela; Influenza sazonal; Hepatite B; Meningocócica C; Pneumocócica 23 valente; Poliomielite; Pneumocócica 10; Tríplice viral; Tríplice bacteriana; Tetravalente; Vacina oral de rotavírus humano.	Se todas estão sempre disponíveis, exceto febre amarela (apenas para a região Norte)	7,9
II	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: Mulheres (câncer do colo do útero e de mama); Planejamento familiar; Gestantes e puérperas (aleitamento materno); Homens; Idosos; Alimentação saudável; Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica; Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus; Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas; Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; Tuberculose; Hanseníase; Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos; Nenhuma das anteriores.	Sim para todas as ações enumeradas, exceto a opção 'Nenhuma das anteriores'	6,1
I	Testes diagnósticos disponíveis na unidade: Gravidez; HIV; Sífilis; Plasmódio	Todas sempre disponíveis, exceto plasmódio (apenas para a região Norte)	1,6

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

opção 'sempre disponíveis', para o conjunto das equipes, observa-se que a disponibilidade dos testes foi de 14,7% para detecção do HIV, 5,3% para gravidez e 2,8% para sífilis.

Em seguida, a segunda menor proporção (6,1%) está relacionada com a abordagem de diferentes temas nas ações educativas e de promoção da saúde. As três temáticas mais ofertadas pelas equipes foram: prevenção e tratamento de diabetes (89,5%); de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (89,4%) e gestação/puerpério (87,4%). O desenvolvimento

dos temas tuberculose e hanseníase foi relatado por 54,2% e 51,1% das equipes, respectivamente. Poucas equipes relataram abordar a prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (24,5%), bem como de ansiolíticos e benzodiazepínicos (16,1%).

Outro item com reduzida pontuação pelas equipes refere-se a ter 'sempre disponível' o conjunto de imunobiológicos listados no PMAQ-AB (7,9%). Na análise isolada por imunobiológico, verifica-se que a maioria

está ‘sempre disponível’ para sete de cada dez equipes entrevistadas, com exceção da BCG-ID (57,8%), Febre amarela (50%), esta, recomendada na região Norte, endêmica da doença, e, por fim, a pneumocócica 23 valente (22,9%). A justificativa para a oferta restrita a algumas unidades básicas e de referência, no caso da BCG-ID, pode ser a exigência de treinamento profissional específico e a ideia de minimização da perda de doses seguindo a recomendação de não estar disponível em todas as unidades do território nacional. No caso da Pneumocócica 23, sua menor frequência deve-se ao fato de não estar recomendada pelo calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização, como é o caso da Pneumocócica 10 valente.

No tocante à realização de procedimentos/pequenas cirurgias na unidade, com vistas a medir a resolutividade da Atenção Básica, observa-se que, proporcionalmente, o procedimento mais executado e comprovado pelas equipes é a aplicação das vacinas do calendário de imunização (79,1%). Os procedimentos menos realizados são a lavagem de ouvido, drenagem de abscesso, sutura de ferimentos e extração de unha (55,5%, 53,5%, 48,8%, 39,5%, respectivamente).

Distribuição dos grupos de fatores condicionantes em cada estrato, por dimensões e categoria

Entretanto, nossa principal questão foi saber como se deu o desempenho, quanto ao acesso e suas dimensões ‘acolhimento’ e ‘disponibilidade’, das equipes de saúde de família que aderiram ao programa. Optamos, então, por estratificá-las, com base nos tercis de distribuição, em ‘baixo’, ‘médio’ e ‘alto’, para a categoria ‘acesso’ e suas dimensões, ‘acolhimento’ e ‘disponibilidade’.

Podemos observar na *tabela 1* que a distribuição das equipes não ocorre de forma homogênea entre os estratos, especialmente nas dimensões ‘acolhimento’ e

‘disponibilidade’. Para entender que fatores poderiam ter influenciado o ‘acolhimento’, a ‘disponibilidade’ e o ‘acesso’ às equipes, elegemos como prováveis variáveis explicativas: (i) ‘características espaciais’ – a distribuição por macrorregiões; o fato de ser capital do estado ou não; (ii) uma ‘característica demográfica’ – o tamanho da população, segundo a classificação utilizada pelo DAB; (iii) ‘aspectos socioeconômicos’ – IDH-M e estratos propostos pelo PMAQ-AB; e, por fim, (iv) ‘características da própria equipe’ – número de equipes por unidade de saúde e tempo de serviço do profissional respondente.

Em relação à dimensão ‘acolhimento’, as equipes concentram-se no estrato médio (41,1%) e na dimensão ‘disponibilidade’, no estrato mais baixo. Nesta última, ressalta-se a discrepância entre as distribuições do estrato mais alto (16,7%) e do mais baixo (44,1%).

A maior possibilidade de acesso concentra-se na região Sudeste (46,4%), influenciada pelo ‘acolhimento’ (42,5%) e ‘disponibilidade’ (34%), maiores nesta região em relação às demais. Do ponto de vista geográfico, outro fator que influenciou positivamente o acesso às equipes é estar na capital: 61,0% das equipes foram alocadas no estrato de maior acesso, sendo 52% em relação ao ‘acolhimento’ e 49,2% em relação à ‘disponibilidade’. Por outro lado, estar na região Norte (50%) e não estar em uma capital (37,1%) teve influência negativa no acesso.

Em relação ao tamanho da população, observou-se uma relação direta com o desempenho das equipes: as maiores proporções de equipes no mais alto estrato de ‘acolhimento’ (46,7%), ‘disponibilidade’ (43%) e ‘acesso’ (54,5%) estavam em locais com maior população; inversamente, as maiores proporções de equipes no menor estrato do acesso (44,9%) e suas dimensões, localizaram-se nas cidades com menos de 20 mil habitantes.

Em relação aos aspectos sócioeconômicos, os municípios que apresentavam IDH-M muito baixo e baixo apresentavam maiores proporções de menor acesso

Tabela 1. Equipes de Saúde da Família por estratos de acolhimento, disponibilidade e acesso, segundo fatores condicionantes - Brasil, 2012

Fatores condicionantes/estratos			Acolhimento			Disponibilidade			Acesso			Total
			Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	
Macrorregiões do Brasil	Norte	n	531	346	168	461	410	174	522	317	206	1045
		%	50,8	33,1	16,1	44,1	39,2	16,7	50,0	30,3	19,7	-
	Nordeste	n	2609	2215	735	2209	2521	829	2540	1975	1044	5559
		%	46,9	39,9	13,2	39,7	45,2	14,9	45,7	35,5	18,8	-
	Sudeste	n	931	2845	2794	1518	2817	2235	1288	2234	3048	6570
		%	14,2	43,3	42,5	23,1	42,9	34,0	19,6	34,0	46,4	-
	Sul	n	804	1270	845	808	1307	804	849	1064	1006	2919
		%	27,5	43,6	28,9	27,7	44,8	27,5	29,0	36,5	34,5	-
	Centro-Oeste	n	533	391	185	439	451	219	498	346	265	1109
		%	48,0	35,3	16,7	39,6	40,7	19,7	44,9	31,2	23,9	-
Capital	Sim	n	404	1002	1523	393	1096	1440	397	742	1790	2929
		%	13,8	34,2	52,0	13,4	37,4	49,2	13,6	25,3	61,1	-
	Não	n	5004	6065	3204	5042	6410	2821	5300	5194	3779	14273
		%	35,1	42,5	22,4	35,3	44,9	19,8	37,1	36,4	26,5	-
População do município	Até 20.000 hab	n	2315	2183	965	2279	2271	913	2452	1830	1181	5463
		%	42,3	40,0	17,7	41,7	41,6	16,7	44,9	33,5	21,6	-
	20.001 - 200.000 hab	n	2312	3053	1471	2323	3274	1239	2432	2686	1718	6836
		%	33,8	44,7	21,5	34,0	47,9	18,1	35,6	39,3	25,1	-
	200.001 hab ou mais	n	781	1831	2291	833	1961	2109	813	1420	2670	4903
		%	15,9	37,4	46,7	17,0	40,0	43,0	16,5	29,0	54,5	-
IDHM 2010*	Muito baixo e baixo	n	1331	926	283	1185	1018	337	1323	817	400	2540
		%	52,4	36,5	11,1	46,7	40,1	13,2	52,1	32,2	15,7	-
	Médio	n	2111	2209	909	2051	2377	801	2236	1908	1085	5229
		%	40,4	42,2	17,4	39,2	45,5	15,3	42,8	36,5	20,7	-
	Alto	n	1854	3212	2066	2024	3262	1846	2007	2662	2463	7132
		%	26,0	45,0	29,0	28,4	45,7	25,9	28,1	37,3	34,5	-
	Muito Alto	n	105	718	1469	892	864	409	125	547	1620	2292
		%	4,6	31,3	64,1	41,2	39,9	18,9	5,4	23,9	70,7	-
Estrato PMAQ	1	n	958	802	405	1053	950	270	991	668	506	2165
		%	44,3	37,0	18,7	46,3	41,8	11,9	45,8	30,9	23,3	-
	2	n	1040	919	314	986	1151	390	1130	773	370	2273
		%	45,8	40,4	13,8	39,0	45,5	15,5	49,7	34	16,3	-
	3	n	1078	1056	393	1095	1557	614	1078	931	518	2527
		%	42,6	41,8	15,6	33,5	47,7	18,8	42,7	36,8	20,5	-
	4	n	1019	1495	752	857	1346	610	1100	1327	839	3266
		%	31,2	45,8	23,0	30,5	47,8	21,7	33,7	40,6	25,7	-
	5	n	835	1271	707	552	1637	1968	897	1066	850	2813
		%	29,7	45,2	25,1	13,3	39,4	47,3	31,9	37,9	30,2	-
	6	n	478	1523	2156	4310	5311	2040	501	1170	2486	4157
		%	11,5	36,6	51,9	37,0	45,5	17,5	12,1	28,1	59,8	-

Tabela 1. (cont.)

Fatores condicionantes/estratos			Acolhimento			Disponibilidade			Acesso			Total
			Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	Baixo	Médio	Alto	
Número de equipes por unidade	1 equipe	n	4213	5053	2395	734	1478	1241	4499	4394	2768	11661
		%	36,2	43,3	20,5	21,3	42,8	35,9	38,6	37,7	23,7	-
	2 ou 3 equipes	n	831	1321	1301	124	515	909	808	1062	1583	3453
		%	24,0	38,3	37,7	8,0	33,3	58,7	23,4	30,8	45,8	-
	4 equipes ou mais	n	135	480	933	1644	2084	1012	126	310	1112	1548
		%	8,7	31,0	60,3	34,7	44,0	21,3	8,1	20,1	71,8	-
Tempo de serviço do profissional de saúde	< 1 ano	n	1561	2000	1179	772	1048	623	1710	1681	1349	4740
		%	32,9	42,2	24,9	31,6	42,9	25,5	36	35,5	28,5	-
	1 ano	n	736	1036	671	779	1069	675	812	863	768	2443
		%	30,1	42,4	27,5	30,8	42,4	26,8	33,2	35,3	31,5	-
	2 anos	n	745	1032	746	1344	1912	1092	796	847	880	2523
		%	29,5	40,9	29,6	30,9	44,0	25,1	31,5	33,6	34,9	-
	3-5 anos	n	1351	1804	1193	872	1385	845	1406	1497	1445	4348
		%	31,1	41,5	27,4	28,2	44,6	27,2	32,3	34,4	33,3	-
	6 anos ou mais	n	991	1183	928	5411	7498	4247	948	1043	1111	3102
		%	31,9	38,2	29,9	31,5	43,7	24,8	30,6	33,6	35,8	-
	Total (Acesso ESF)	n	5384	7055	4717	461	410	174	5697	5936	5569	17202
		%	31,4	41,1	27,5	44,1	39,2	16,7	33,1	34,5	32,4	-

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

(52,1%), ‘disponibilidade’ (46,7%) e ‘acolhimento’ (52,4%). Os municípios com IDH-M muito altos apresentavam maior proporção de ‘acesso’ (70,7%) e ‘acolhimento’ (64,1%), com menor ‘disponibilidade’. Apresentaram mais alta ‘disponibilidade’, os municípios com IDH-M alto (25,9%).

Em relação aos estratos propostos pelo Programa que relaciona os cinco indicadores ponderados - Produto Interno Bruto (PIB) - per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com Bolsa Família; percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica) e a população, observa-se que os mais altos escores de ‘acesso’ são encontrados nos municípios que estão no maior estrato (maior índice e maior população) (59,8%). Nesse

estrato também se encontra maior ‘acolhimento’ (51,9%), mas com disponibilidade ‘média’ (45,5%). Os municípios no estrato 1, de piores condições, encontram-se no estrato de menor ‘acesso’ (52,1%), ‘acolhimento’ (52,4%) e ‘disponibilidade’ (46,7%).

Em relação às características da equipe, as unidades básicas de saúde que abrigam quatro equipes ou mais de Saúde da Família têm melhor desempenho na categoria acesso (71,8%) e na dimensão ‘acolhimento’ (60,3%), refletido pelo maior percentual de equipes classificadas no estrato ‘alto’, mas com desempenho médio no tocante à ‘disponibilidade’ (44%). O tempo de permanência dos profissionais nas equipes não influenciou seu desempenho quanto ao acesso, com pouca diferença entre os estratos de análise.

Relação entre fatores condicionantes e estratos

Para analisar os fatores condicionantes da distribuição dos escores nos estratos elaborados, tomaram-se como referências as situações mais desfavoráveis, conforme se observa na *tabela 2*.

Comparado ao grupo com menor acesso (região Norte), a chance de estar no estrato 'médio' foi 2,3 vezes maior (1,91 – 2,73) na região Sudeste, 78% maior (1,46 -2,16) no Sul e 39% maior (1,18 -1,63) na região Nordeste. No tocante aos demais fatores, essa chance foi 34% maior (1,12-1,60) nos municípios com porte entre 20.001 e 200.000 habitantes e 29%

Tabela 2. Modelo de regressão multinomial para o escore de acesso potencial da população às equipes de Saúde da Família - BRASIL, 2012 *

		Acesso					
		Médio			Alto		
		Razão de Chances	IC 95%		Razão de Chances	IC 95%	
Macrorregiões do Brasil	Norte	1,00	-	-	1,00	-	-
	Nordeste	1,39	1,18	1,63	1,16	0,96	1,41
	Sudeste	2,28	1,91	2,73	2,81	2,30	3,43
	Sul	1,78	1,46	2,16	1,77	1,42	2,20
	Centro-Oeste	1,01	0,82	1,25	0,99	0,77	1,26
Capital	Sim	1,18	0,93	1,47	1,35	1,06	1,69
	Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Porte	Até 20.000 hab.	1,00	-	-	1,00	-	-
	20.001 a 200.000 hab.	1,34	1,12	1,60	1,19	0,98	1,45
Populacional	200.001 hab. ou mais	1,29	1,01	1,65	1,13	0,86	1,47
IDMH 2010**	Muito baixo e baixo	1,00	-	-	1,00	-	-
	Médio	1,17	1,04	1,33	1,22	1,05	1,41
	Alto	1,37	1,15	1,63	1,64	1,34	2,00
	Muito Alto	2,94	2,13	4,06	6,79	4,89	9,43
Estrato PMAQ-AB***	1	1,00	-	-	1,00	-	-
	2	1,11	0,97	1,28	0,77	0,65	0,91
	3	1,12	0,90	1,40	1,09	0,85	1,40
	4	1,20	0,98	1,46	1,00	0,81	1,24
	5	1,13	0,89	1,44	1,12	0,86	1,46
	6	1,77	1,31	2,38	2,32	1,68	3,21
Nº de equipes por unidade	1 equipe	1,00	-	-	1,00	-	-
	2 ou 3 equipes	1,05	0,94	1,18	1,63	1,45	1,84
	4 equipes ou mais	1,17	0,90	1,51	2,91	2,29	3,69

Tabela 2. (cont.)

		Acesso					
		Médio			Alto		
		Razão de Chances	IC 95%		Razão de Chances	IC 95%	
Tempo de serviço	< 1 ano	1,00	-	-	1,00	-	-
	1 ano	1,03	0,91	1,16	1,09	0,94	1,26
	2 anos	1,05	0,93	1,19	1,34	1,16	1,54
	3 a 5 anos	1,03	0,93	1,15	1,23	1,09	1,39
	6 anos ou mais	1,07	0,95	1,20	1,32	1,15	1,51

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

Legenda: *Baixo acesso como referência.

**Muito baixo e baixo = 0 a 0,599; médio = 0,600 - 0,699; Alto = 0,700 - 0,799; Muito alto = igual ou maior que 0,800

***1 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes; 2 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; 3 = Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; 4 = Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes; 5 = Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes; 6 = Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

maior nos municípios com mais de 200.000 habitantes. Em relação ao desenvolvimento humano do município, a chance aumentou diretamente com os estratos considerados, sendo quase três vezes maior (2,13 – 4,06) nos municípios com IDH-M muito alto. Apenas os municípios classificados no estrato máximo do PMAQ-AB tiveram chance 77% maior (1,31 – 2,38) de estar no estrato médio de acesso. Não foi encontrada associação entre estar no estrato médio de acesso e os demais estratos do PMAQ-AB, com o número de equipes ou com o tempo de serviço do profissional respondente na equipe.

Ainda comparada ao grupo de menor ‘acesso’, a chance de estar no estrato ‘mais alto’ de ‘acesso’ foi 2,8 vezes maior (2,30 – 3,43) para os municípios da região Sudeste e 1,77 vezes maior (1,42 – 2,20) para os da região Sul. No tocante ao outro aspecto geográfico analisado, a chance de estar no estrato de maior acesso foi 1,35 vezes maior (1,06 – 1,69) nas capitais. Em relação aos aspectos socioeconômicos, essa chance

estava diretamente relacionada ao grau de desenvolvimento humano, sendo de quase sete vezes (4,89 – 9,43) a chance de estar nos municípios com IDH-M muito alto em relação aos de menor IDH-M. Apenas os municípios classificados no estrato 6 do PMAQ-AB tiveram chance 2,3 vezes maior (1,68 – 3,21) de estar classificado no estrato de maior acesso. Por outro lado, essa chance foi só de 0,77 (0,65 – 0,91) nos municípios do estrato 2, quando comparados com aqueles do estrato 1. Quanto maior o número de equipes, maior a chance de estar situado no estrato de maior acesso: municípios com 4 ou mais equipes tiveram chance 2,9 vezes maior (2,29 – 3,69) de estar neste estrato, quando comparados a municípios com apenas uma equipe. Não foi encontrada diferença em relação às diferentes categorias de tempo de serviço do profissional respondente na equipe. Entretanto, as equipes com 2 anos ou 6 anos ou mais de trabalho tiveram chance 1,3 vezes maior de estarem no estrato de maior acesso, em relação àquelas

com menos de 1 ano de trabalho. Quando se comparam os grupos de menor e de maior acesso, não se encontra associação em relação ao porte populacional, demais estratos do PMAQ-AB e estar há um ano na equipe.

Conclusões

A implantação da Estratégia Saúde da Família no país experimentou expansão de cobertura bastante expressiva a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios, sendo a cobertura atual estimada em 57% da população brasileira pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em junho de 2014 (BRASIL, 2014B). Esse diagnóstico desencadeou um conjunto de ações, sobretudo por parte do gestor federal, reconhecendo que municípios de maior porte exigem maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro.

Em anos mais recentes, tem-se observado a preocupação com aumento de cobertura aliada a estratégias para garantia de qualidade e fortalecimento das equipes de Atenção Básica em seus atributos essenciais, dentre os quais se destaca a dimensão

do acesso. Nessa perspectiva, se inseriu o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Ao se concentrar no ‘acesso’ potencial, objeto desta análise, pode-se concluir que o desempenho de equipes localizadas na região Sudeste, em capitais, municípios de maior porte e com maior número de equipes por UBS apresentaram desempenho mais favorável para a obtenção dos cuidados. A afirmativa refere-se tanto à ‘disponibilidade’ ou abrangência, atributos fundamentais para a qualificação de uma atenção primária integral em saúde, como para o acolhimento, dimensão reconhecidamente importante para a conformação dos serviços de Atenção Básica como fonte regular de cuidados e criação de vínculo. Os resultados convergem para a necessidade de políticas e ações voltadas à qualificação da atenção prestada nos municípios de pequeno porte. Em síntese, condições favoráveis implicam melhor possibilidade de utilização dos serviços, contribuindo para a consolidação de uma porta de entrada acolhedora e resolutiva pela Atenção Primária em Saúde. Esta é uma aposta a ser feita e que poderá ser monitorada com o segundo ciclo do PMAQ-AB. ■

Referências

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, New York, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974.

ANDERSEN, R. *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago: University of Chicago, 1968. (Research Series, 25).

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 jul.2011a. Seção I, p. 79.

———. Casa Civil. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção I, p.01.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. p. 19.

———. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estratos para Certificação*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php>. Acesso em: 31 mar 2014a.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11. 2011, p. 4433-4442.

COELHO, M. O. JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.33, n.3, p. 440-452, 2009.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

FAUSTO, M. C. R.; SOUZA JUNIOR, P. R.B. Nota metodológica sobre a avaliação das equipes de Atenção

Básica e censo das unidades básicas de saúde no âmbito do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Mimeo. 2013.

GREENE, W. H. *Econometric analysis*. 5. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1993.

HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization: the patient perspective. *Medical care*, Philadelphia, v.3, n. 5, p. 438-460, 1985.

KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 10, n. 1, p. 65-78, 2010.

MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a implementação da Atenção Básica no município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família*. 2003. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface(Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad. Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013*. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013>. Acesso em 28 mar. 2014.

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

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4. 2006, p. 975-986.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Evaluation of health promotion practices: a look from the participating teams of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mirmateixeira@fiocruz.br

² Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. angelacasanova@ensp.fiocruz.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora do Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. catia@ensp.fiocruz.br

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. engstrom@ensp.fiocruz.br

⁵ Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. bodstein@ensp.fiocruz.br

Mirna Barros Teixeira¹, Angela Casanova², Cátia Cristina Martins de Oliveira³, Elyne Montenegro Engstrom⁴, Regina Cele de Andrade Bodstein⁵

RESUMO As práticas de Promoção da Saúde das equipes de Atenção Básica no Brasil e macrorregiões foram analisadas a partir do PMAQ-AB (2012). Foram estudadas as frequências de variáveis nos eixos: Reorientação de Serviços; Ações Comunitárias; Ambientes Saudáveis; Habilidades Pessoais (n=17.202 equipes). A abordagem territorial restringe-se aos aspectos geográficos; reconhece-se a vulnerabilidade de beneficiários do Bolsa Família; na escola há predomínio das ações clínicas (saúde bucal); educação para sexualidade/reprodução; informações do ambiente foram restritas. Conclui-se que as práticas são fragmentadas e focalizadas; urge integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde.

PALAVRAS CHAVE Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação.

ABSTRACT The Health Promotion practices of the basic attention teams in Brazil and macro-regions were analyzed from the PMAQ-AB (2012). The variable frequency axes were studied: Services Reorientation; Community Actions; Healthy Environments; Personal Skills (n = 17,202 teams). The territorial approach is restricted to geographic aspects; the vulnerability of the “Bolsa Familia Program” beneficiaries; there is a predominance of clinical actions at school (bucal health); sexuality/reproduction education; environmental information were restricted. It is concluded that the practices are still fragmented and focused; an even integration of clinical care, prevention and health promotion shall be urged.

KEYWORDS Health promotion; Primary Health Care; Evaluation.

Introdução

Ao longo dos 25 anos de criação do SUS e dos 20 anos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país, reconhecem-se avanços consideráveis relacionados à expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)¹, ao aumento do acesso e ao desenvolvimento de novos modelos de gestão e atenção. No entanto, evidencia-se a intensa fragmentação de políticas, programas, ações e práticas, que, no âmbito local, se constituem em importantes entraves ao modelo assistencial. O modelo de cuidado da APS ainda se configura em torno da assistência às doenças agudas e aos processos de agudização das doenças crônicas, num contexto epidemiológico que se caracteriza pela tripla carga de doenças.

Tais aspectos exigem da APS ajustes entre a oferta de serviços e a complexidade das necessidades de saúde da população, num contexto caracterizado por desigualdades sociais, econômicas e institucionais relacionadas, ainda, às diversidades entre municípios e regiões do país. Para além de ser a principal porta de entrada e de garantia de acesso aos usuários ao sistema de saúde, há relativo consenso entre os gestores sobre a necessidade dos profissionais incorporarem, em sua atividade cotidiana, os atributos conceituais de uma APS ampliada, integrando ações de promoção da saúde, prevenção e manejo de condições de saúde e doença que consideram as singularidades e vulnerabilidade dos sujeitos. Uma APS ampliada e mais robusta pressupõe uma preocupação com os determinantes sociais da saúde e doença, o que demanda ações intersetoriais. Assim, é necessária a ampliação das estratégias de cuidado que envolva a população e outros setores, já que as questões sociais e de saúde estão profundamente imbricadas. A Promoção da Saúde (PS) tem sido considerada uma importante resposta a esses desafios na medida em que recupera a saúde como prática socialmente

construída, compreendida em um enfoque institucional e estratégico que considera os contextos onde os atores sociais estão inseridos (BODSTEIN, 2009).

A abrangência do referencial conceitual da promoção da saúde na compreensão do processo saúde doença, pensado a partir da sua relação com os determinantes sociais e culturais, se traduz na amplitude de estratégias e intervenções de PS, propostas tanto no âmbito individual como coletivo.

A PS incorpora como método cinco grandes eixos ou campos de ação definidos na Carta de Ottawa de 1986 (WHO, 2009): elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reorientação dos sistemas e serviços de saúde; reforço da ação comunitária; criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. A 'reorientação dos serviços de saúde', tendo a APS como cenário, foi vista como eixo estratégico da PS, pressupondo um enfoque a partir da integralidade das ações de saúde e do entendimento da necessidade em se adotar uma perspectiva de cuidado ampliada com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como das peculiaridades culturais locais. Essa visão vem ao encontro das necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais de comunicação entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Além disso, está preocupada também com a mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais dos indivíduos. O 'reforço da ação comunitária' é estratégico para uma APS mais resolutiva na medida em que tal interlocução ajuda e promove mudanças nos condicionantes sociais da saúde por meio da mobilização coletiva e de ações comunitárias efetivas. No caso do eixo de 'desenvolvimento de habilidades pessoais', entende-se que comportamentos individuais, modos de vida ou fatores de risco, quer em locais de trabalho, nas comunidades e no meio-ambiente, precisam ser problematizados pelos agentes envolvidos diretamente. Por fim,

¹Embora o Ministério da Saúde utilize o termo 'Atenção Básica', optou-se, neste trabalho, por utilizar o termo equivalente: Atenção Primária à Saúde (APS).

a 'criação de ambientes favoráveis à saúde', pressupõe que as complexas relações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. Enfatiza a conservação dos recursos naturais do mundo como uma responsabilidade local e global. Entende a dificuldade de se mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer sem que se promovam novas formas de desenvolvimento e de organização social do trabalho, contribuindo para a constituição de uma sociedade mais saudável (WHO, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) elaborada em 2006 priorizou algumas ações específicas para sua implementação correlacionadas a esses campos de atuação, como alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e à promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

A APS é, sem dúvida, um locus privilegiado para o desenvolvimento das práticas/ações de PS, quer aquelas voltadas para os fatores de risco ou para ações que compreendem empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde e fortalecimento da intersetorialidade, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade de suas estratégias e ações. No âmbito da reorientação dos serviços está em discussão o enfoque integral do processo saúde-doença-atenção com incentivo à participação social via adoção de uma abordagem territorial, bem como o desenvolvimento de ações para grupos vulneráveis (incluindo a população de rua), além dos chamados grupos prioritários (como os portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial - HAS e *diabetes mellitus* - DM, ampliando serviços e atividades para além de uma abordagem exclusivamente biomédica. A partir de uma concepção ampliada de saúde, é possível pensar

na articulação dos saberes técnicos e populares, na mobilização de recursos comunitários e institucionais e na perspectiva intersetorial. Ainda assim, a incorporação dos eixos da PS na APS compreende uma importante estratégia no enfrentamento das desigualdades socio sanitárias que constituem hoje grandes desafios à saúde pública no Brasil (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARVALHO; BUSS, 2009).

Desse modo, a necessidade de informações sobre a efetividade das intervenções de PS no âmbito da APS vem sendo reconhecida por diversos atores, como os gestores, os pesquisadores, os profissionais de saúde e os usuários, em virtude da potencialidade de tais estudos para a melhoria da qualidade da atenção e do acesso na APS.

Assim, o objetivo deste artigo é sistematizar e analisar as práticas de PS desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica (EqAB), que participaram da etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, (Portaria n. 1.654/2011 GM/MS), em todo o país e nas cinco macrorregiões realizada em 2012 e tem como referência as estratégias da Carta Ottawa, presentes e referendadas nas Políticas Nacionais (Atenção Básica e Promoção da Saúde). Pretende-se, ainda, provocar uma reflexão acerca dos limites e potencialidades dos questionários/instrumentos ou da metodologia do PMAQ-AB no que se refere às atividades ou práticas de promoção da saúde, de forma a fornecer subsídios aos gestores, profissionais e usuários para tomadas decisões, e, de certa forma, agregar conhecimento a um campo de pesquisa/avaliação ainda muito incipiente entre nós. A reflexão assume a centralidade das iniciativas avaliativas como ferramentas úteis tanto para o aprimoramento e melhoria da atenção primária no país como para a promoção do necessário debate em torno da mudança do modelo de atenção a partir da incorporação das práticas de promoção da saúde na rede de APS.

Metodologia

Este estudo parte da pesquisa avaliativa do PMAQ-AB coordenada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) junto às instituições participantes da Rede da APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), cuja coleta dos dados foi realizada por pesquisadores de diversas instituições de ensino e pesquisa do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, cujas informações extraíram-se do universo de equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB em seu primeiro ciclo de avaliação em 2011. O instrumento padronizado foi organizado de forma a verificar evidências para um conjunto de dimensões previamente determinadas no que tange à gestão municipal, à organização da atenção e à avaliação da rede local de saúde pelas equipes, com padrões de qualidade estabelecidos de acordo com princípios e diretrizes da PNAB (BRASIL, 2012). Neste artigo, foram analisadas as informações do questionário do Módulo II – Entrevista com profissional da equipe de Atenção Básica, considerando-se sua Dimensão IV – ‘acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho’, selecionando variáveis das três subdimensões: ‘gestão do processo de trabalho e acesso’, ‘atenção à saúde’ e ‘áreas específicas’, de acordo com a nota metodológica do MS.

Variáveis estudadas e dimensões de análise

As variáveis de interesse selecionadas para este estudo foram agrupadas segundo os quatro eixos da Promoção da Saúde: (1) Reorientação de serviços; (2) Reforço das Ações Comunitárias; (3) Criação de ambientes saudáveis e (4) Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. As subdimensões do questionário foram analisadas e as variáveis agrupadas em componentes por eixo.

O *quadro 1* apresenta de forma detalhada esse constructo.

Plano amostral

A avaliação externa foi um censo representativo das EqAB que aderiram voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes existentes no país.

Análise dos dados

As análises das frequências foram realizadas com o emprego do programa SPSS 20.0. Os resultados foram apresentados em tabelas, considerando a proporção do evento encontrado para o Brasil e suas macrorregiões, subdivididos entre os quatro eixos supracitados. Inicialmente, procederam-se às análises descritivas, verificando a distribuição de cada variável e avaliando sua amplitude e consistência. A seguir, foi estudado o comportamento das variáveis por dimensão de análise e macrorregião do país.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz mediante protocolo nº 32012/2012.

Resultados e discussão

Os resultados das frequências das respostas válidas, segundo os eixos e os componentes de análise, são apresentados nas *tabelas 1, 2, 3 e 4*.

Eixo 1: Reorientação dos serviços

Foram analisados diversos componentes, conforme descrito no *Quadro 1*. No que se refere ao componente ‘abordagem territorial’, observa-se que a maioria das equipes no país (84%) utiliza mapas para delimitação de seu território. No entanto, a abordagem

Quadro 1. Eixos e Componentes da Promoção da Saúde

Módulo 2 - Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica		Dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho
Eixos da Promoção da Saúde	Componentes	Variáveis do questionário do PMAQ-AB
1. Reorientação dos serviços de saúde	Abordagem territorial - análise de vulnerabilidade. Mapa de risco.	II.13 - Territorialização e população de referência
	Ações específicas para grupos vulneráveis / prioritários	II.16 - Organização da agenda
	Práticas integrativas	II.30 - Práticas integrativas e complementares
	Práticas corporais e atividade física	II. 31.2 Promoção da Saúde
	Abordagem territorial - análise de vulnerabilidade	II.32 - Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio
	Bolsa família	II.33 - Programa Bolsa Família
2. Reforço da ação comunitária	Saúde na escola	II.38 - Programa Saúde na Escola
	Ações comunitárias, educação em saúde	II.16 - Organização da agenda
3. Desenvolvimento de habilidades pessoais	Controle social, participação social	II.35 - Pesquisa de satisfação com o usuário
	Ações para grupos específicos, alimentação saudável, apoio ao autocuidado, tabagismo,	II.31.1 - Promoção da Saúde
4. Criação de ambientes favoráveis à saúde	Qualidade da água de consumo	II.31.3 e 4 - Promoção da Saúde

Fonte: Elaboração própria

territorial restringe-se sobremaneira à dimensão geográfica e à elaboração de mapas por microáreas (85%). Essa afirmação é corroborada pela evidência de que apenas 54% das equipes apontam nos mapas a presença de equipamentos sociais, indicando que o contexto sociocultural é praticamente ignorado e que se restringe à identificação de aspectos físicos do território. Mapeamentos de processos mais elaborados apresentam-se de

forma incipiente, como a sinalização de grupo de risco ou agravos clínicos (tuberculose, hipertensão), áreas de risco socioambiental (23%), redes sociais (16%), sendo que apenas 6% dos estudados apontam as condições socioeconômicas das áreas sob sua responsabilidade sanitária. A incorporação dessas variáveis no processo de mapeamento favoreceria o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e uma abordagem comunitária capaz

de valorizar a complexidade e relevância do contexto na determinação da saúde. Quanto às diferenças regionais, há comportamento bastante homogêneo, destacando-se apenas

o melhor desempenho para as regiões Sul e Nordeste, no que diz respeito a mapeamento de grupos clínicos e equipamentos sociais, respectivamente (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Reorientação dos Serviços de Saúde, Brasil, 2012

Eixo Reorientação dos Serviços de Saúde: componentes da Promoção da Saúde	Brasil		N		NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
I. Abordagem territorial: características da territorialização das equipes								
Existência de mapas	17152	14516	84	78	78	88	92	86
Mapa por microárea	14515	12281	85	87	80	85	90	84
Sinalização de grupos de agravos	14515	4456	31	21	21	34	47	21
Sinalização de áreas de risco	14515	3273	23	17	23	23	26	12
Sinalização dos equipamentos sociais	14515	7835	54	51	63	51	54	34
Sinalização das redes sociais	14515	2262	16	15	16	14	20	10
Sinalização das condições socioeconômicas	14515	807	6	4	5	6	7	4
II. Ações específicas para grupos vulneráveis e prioritários								
Adoção de critérios de risco e vulnerabilidade para adscrição de clientela	15691	9264	59	48	59	63	58	51
Mapeamento de usuários adscritos para cuidados no domicílio	17132	12105	71	62	65	76	77	61
Realização de visitas domiciliares considerando vulnerabilidades	17132	15981	93	89	94	93	94	89
II.1 Programa Bolsa Família								
Busca ativa de famílias elegíveis para cadastro	17199	12862	75	74	76	77	67	71
Registro de famílias cadastradas	17199	14049	82	79	77	86	84	76
II.2 Programa Saúde na Escola								
Realização de atividades na Escola	17185	12940	75	81	80	69	77	77
Característica das atividades realizadas								
Presença de rotina de atendimento aos escolares	12940	7247	56	54	60	54	57	46
Identificação de escolares com necessidade de saúde	12940	5394	42	33	44	41	44	39
Planejamento de atividades na escola	12940	10762	83	82	86	82	83	77

Tabela 1. (cont.)

Realização de ações de avaliação clínica								
Atualização de calendário vacinal	12940	7860	61	65	70	53	57	63
Deteção precoce de hipertensão arterial	12940	5269	41	46	51	35	32	40
Deteção de agravos de saúde negligenciados	12940	4501	35	34	38	32	37	30
Avaliação antropométrica	12940	8085	63	62	73	53	59	67
Avaliação nutricional	12940	7144	55	53	66	47	52	57
Avaliação oftalmológica	12940	3492	27	27	26	26	32	22
Avaliação auditiva	12940	2257	17	14	20	16	17	18
Avaliação psicossocial	12940	3677	28	24	32	25	30	28
Avaliação de saúde bucal	12940	8937	69	66	75	63	73	67
Caracterização das ações de promoção e prevenção								
Realização de ações de promoção e prevenção na escola	12940	12485	97	98	97	96	96	98
Ações de segurança alimentar e alimentação saudável	12940	8773	68	70	77	61	63	68
Práticas corporais e atividade física	12940	4975	38	43	43	35	34	43
Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS	12940	9315	72	81	74	67	75	76
Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	12940	6859	53	59	54	47	58	60
Capacitação dos profissionais de educação	12940	3533	27	26	29	25	29	28
Debate com os professores da escola	12940	4468	35	31	42	29	36	26
III. Práticas integrativas								
Realizam as Práticas Integrativas e Complementares	17199	3209	19	14	12	25	17	23
Ofertam serviço de homeopatia	3209	443	14	4	7	17	21	2
Realizam atividades de educação em saúde para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos	3209	1102	34	31	38	32	49	17
IV. Prática corporal / atividade física								
Realizam práticas corporais	16573	7339	44	31	34	56	45	39
Realizam atividades físicas	16573	10500	63	48	53	76	63	59

Fonte: Elaboração própria

O olhar ampliado para o território, entendendo-o, para além do espaço geográfico, como um espaço de circulação e troca de conhecimento e saberes, incluindo um conjunto de interação entre sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos), o que configura uma rede na qual circulam pessoas, informações, materiais e emoções, em permanente movimento (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Produzir e utilizar de forma criativa metodologias que aproximem as equipes de suas comunidades é um passo decisivo para a incorporação dos referenciais da PS voltado para o trabalho intersetorial. Para isso, é preciso conhecer equipamentos e redes sociais, sua conformação no território para auxiliar a construção de fluxos e a melhoria da comunicação com esses atores. A APS, ao lidar com o ambiente, seus riscos e vulnerabilidades, tornar-se-ia mais efetiva em seu atributo de orientação comunitária e cultural.

Ainda que 59% das equipes informaram que adotam critérios de risco e vulnerabilidade para adscrição de clientela, não foi possível identificar como as equipes operacionalizavam esses critérios, já que a variável restringe-se ao mapeamento dos usuários que necessitam de cuidado domiciliar (realizado por 71% das equipes), prática, esta, com melhor desempenho nas regiões Sul e Sudeste e menor desempenho (61%) na Centro-Oeste (*tabela 1*).

Em relação ao componente 'ações específicas para grupos vulneráveis ou prioritários', foi possível captar apenas as ações relativas à priorização para visitas domiciliares (93% relatam visitas segundo critérios de risco e vulnerabilidade), ações para beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa Saúde na Escola (PSE) (*tabela 1*). Esses dois Programas foram priorizados na investigação do PMAQ-AB com perguntas específicas, em função de a agenda federal estar articulada às estratégias macro políticas voltadas para o combate à pobreza e à redução de desigualdades sociais (CASTRO; FAUSTO, 2012). A identificação e o acompanhamento

da saúde dos usuários alvo do PBF são atribuições das EAB. Observou-se que 75% das equipes realizaram busca ativa das famílias elegíveis para o cadastro do PBF, sendo o percentual mais baixo observado na região Sudeste, onde 82% relatam que têm registro das famílias cadastradas com comprovação em documentação apresentada pelas EAB na visita da avaliação externa.

Contudo, a investigação das ações relativas ao PBF ficou restrita ao registro e à busca ativa dos usuários pelas EAB, sem identificar a qualidade do acompanhamento das condicionalidades de saúde (vacinação, acompanhamento pré-natal etc) junto às famílias beneficiadas pelo programa. Estudo demonstrou que o PBF associado à ESF contribui para a redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, especialmente nas mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza (RASELLA ET AL., 2013).

Já em relação ao PSE, as ações foram mais detalhadas, incorporando perguntas referentes à dimensão clínica e à prevenção e promoção na escola. Do universo estudado, 12.940 equipes (75%) declararam ter realizado algum tipo de atividade na escola, percentual que oscilou entre 69% e 81%, respectivamente, no Sudeste e Norte. Desse conjunto, pode-se destacar que, apesar de cerca de 80% das equipes relatarem planejar atividades nas escolas, apenas metade dessas ações é realizada de forma sistemática e rotineira.

O planejamento, nesse caso, parece referir-se a contatos prévios com a escola e à provisão de insumos, especialmente odontológicos, como kits de saúde bucal para a escovação. No escopo das ações no PSE, a maioria relaciona-se às avaliações clínicas (executadas por mais de 80% das equipes), sendo capitaneadas pelas ações de saúde bucal, que respondem pela quase totalidade das ações na escola (97% das equipes). A avaliação antropométrica (aferição de peso e altura) é realizada por 63% das equipes, sendo o diagnóstico nutricional realizado apenas por metade das equipes, ambas com menor

desempenho no Sudeste. As avaliações oftalmológicas e auditivas, que requerem uso de equipamentos e um treinamento básico da habilidade diagnóstica, são pouco realizadas (27 e 17%, respectivamente); observou-se o mesmo comportamento para as avaliações psicossociais (28% das equipes). com distribuição bastante similar nas regiões do Brasil (*tabela 1*).

Do escopo de ações consideradas na subdimensão da promoção e prevenção na escola, 72% relacionavam-se a educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, sendo 81% no Norte e 67% no Sudeste, temas bastante solicitados por professores e adolescentes e cada vez mais valorizado por profissionais, visando, dentre outros aspectos, discutir a gravidez na adolescência e suas implicações. Também, observaram-se elevados percentuais de ações de educação alimentar nas escolas (68%). Contudo, as ações educativas voltadas para o estilo de vida ativo tiveram menor expressão (38%), assim como as de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (53%). As práticas das equipes, em sua maioria, não envolvem os professores, perdendo-se a oportunidade da integração saúde-educação com um planejamento de ações intersetoriais mais sustentáveis, como, por exemplo, aquelas articuladas aos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas.

Considerando a possibilidade de oferta de um cardápio de serviços mais amplo, para além dos atendimentos clínicos convencionais, observa-se que, no que se refere ao componente das 'práticas integrativas e complementares', apenas 19% das equipes as realizam, proporção maior (25%) no Sudeste (*tabela 1*).

Com base nas relações entre os determinantes sociais da saúde (DSS) e suas influências na situação de saúde (CARVALHO; BUSS, 2009), pode-se afirmar que as questões relacionadas aos estilos de vida ativo são interdependentes com os fatores do ambiente em suas várias dimensões, bem como aos fatores diretamente ligados ao acesso aos serviços de saúde e que se refletem nos marcadores biológicos. Nesse

sentido, facilitar escolhas que incidam sobre a inatividade física pode potencializar o alcance de resultados favoráveis quanto ao sobrepeso e obesidade, lazer mais ativo e diminuição do uso de tabaco e álcool (TAVARES ET AL., 2010).

Um achado positivo refere-se às ações relativas de incentivo à prática de atividade física (63%), sendo a atitude mais frequente na região Sudeste (76%) e menos frequente no Norte (48%), com um percentual um pouco menor para as práticas corporais (44%). Nesse ponto, a ampliação do apoio matricial por meio da implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012) pode ter sido um grande incentivador do desenvolvimento dessas ações ao incorporar profissionais de educação física, fisioterapeutas e acupunturistas na ampliação da atuação do cuidado das equipes de Atenção Básica.

Eixo 2: Reforço da Ação Comunitária

Em relação ao componente 'ações comunitárias e educação em saúde', em torno de 25% das equipes informam que não organizam a agenda de modo a ofertar ações comunitárias ou grupos de educação em saúde nas regiões N, NE e CO, ao passo que nas regiões S e SE, mais de 80% das equipes incluem essas atividades na sua agenda (*tabela 2*). Não há no instrumento de avaliação um detalhamento do tipo de ação comunitária ofertada, além de as ações de educação em saúde estarem voltadas para grupos específicos (ciclo de vida, prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, entre outros). Cabe ressaltar que o que distingue a promoção da saúde da prevenção de doenças (POTVIN; HADDAD; FROHLICH, 2009) é a ênfase atribuída ao papel ativo das pessoas, grupos e organização no desenho das práticas e políticas de saúde. Atuar na perspectiva da PS significa recuperar a saúde como prática socialmente construída e entender que o sucesso das mudanças pretendidas depende do fato de que população e usuários deixem de ser reconhecidos como 'população alvo' e sim como sujeitos ativos e corresponsáveis cujas

ações pressupõem reflexividade. Enfim, o diálogo comunitário e o empoderamento são indissociáveis do contexto de vida das pessoas e de seu território, necessitando, portanto, da construção de propostas compartilhadas com seus usuários para que a própria população participe dos diagnósticos e do levantamento das prioridades de intervenção (BODSTEIN, 2009).

Ao analisar o componente 'controle social e participação social', observou-se que mais de 75% das equipes, em todas as regiões analisadas, afirmam realizar encaminhamentos de demandas dos usuários para os gestores. Contudo, essa é uma informação que deve ser analisada com cautela, pois, neste caso, a resposta 'não sabe' correspondeu a 60% dos registros, totalizando, portanto, apenas 40% de registros válidos. De toda forma, alguns elementos de mudança podem ser observados, uma vez que mais de 80% das equipes

afirmaram considerar a opinião dos usuários na organização do processo de trabalho. A existência de conselhos locais de saúde ou instâncias colegiadas equivalentes obteve o maior percentual encontrado entre as equipes da região Centro Oeste (70%), seguidos das regiões Sul e SE (63%) e NE (50%) (tabela 2). No entanto, apenas a existências dos conselhos não garante a efetiva participação social nem revela a qualidade dessa participação em direção a uma prática democrática.

Eixo 3: Criação de ambientes favoráveis à saúde - qualidade da água de consumo

As variáveis identificadas para este eixo estão relacionadas apenas ao componente 'qualidade da água de consumo'. Nesse caso, uma das variáveis remete ao conhecimento

Tabela 2. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Reforço da Ação Comunitária, Brasil, 2012

Eixo Reforço da ação comunitária: componentes da Promoção da Saúde	Brasil			N	NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
Ações comunitárias - Educação em saúde								
Organização da agenda na oferta de atividades comunitárias ou grupos de educação em saúde	17135	13505	79	72	74	83	83	74
Comunicação, participação e controle social								
A equipe dispõe de canais de comunicação com os usuários	17198	12537	73	51	69	79	79	62
Pesquisa de satisfação com o usuário	17198	6291	37	27	42	35	35	30
Encaminhamento de demandas dos usuários para a gestão municipal	6811	5538	81	75	80	82	84	77,5
A equipe considera a opinião do usuário no processo de trabalho	17198	15179	88	79	90	90	89	81
Existência de Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente	17198	10176	59	54	51	63	64	70

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde, Brasil, 2012

Eixo Criação De Ambientes Favoráveis à Saúde: componente da Promoção da Saúde	Brasil			N	NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
Qualidade da água de consumo								
Existência de cisterna no território	15642	7264	46	56	66	37	22	56
Ações educativas dos ACS	7142	5848	82	93	88	73	73	81

Fonte: Elaboração própria

(ou não) por parte das equipes sobre a existência de cisternas no território de atuação. Nas regiões N, NE e CO, mais de 55% das equipes entrevistadas confirmaram a existência de cisternas no território de atuação. Nas regiões Sul e SE, 78% e 63% das equipes, respectivamente, afirmaram não haver cisternas no território, ao mesmo tempo que, em ambos os casos, apenas 27% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam ações educativas sobre a qualidade da água, segunda variável analisada para esse componente. Na região Norte, 93% dos entrevistados afirmaram que os ACS realizam ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas, seguida pelas regiões NE (87,9%) e CO (81%). O instrumento não contemplou outros aspectos do ambiente, como a existência de agentes biológicos ou não biológicos (roedores, vetores, lixo, contaminação do ar, química, dentre outros) ou, ainda, outras ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde. Ou seja, ao se restringirem a essas duas variáveis, fica claro que as questões ambientais e ecológicas, em face do chamado desenvolvimento sustentável, ainda não foram devidamente problematizadas e incluídas na agenda da APS no Brasil.

A criação de ambientes favoráveis à saúde não se restringe à atuação da vigilância ambiental em saúde, ainda que esta possa favorecer o alcance daqueles. Nesse sentido, é interessante observar que o questionário não contempla variáveis que identifiquem

a interface da atuação dos Agentes de Vigilância em Saúde (AVS) com os ACS, ainda que sua integração às EAB já esteja prevista em Portaria nº 1.007/2010.

A incorporação dos AVS nas equipes de Saúde da Família tem como justificativa uma atuação mais sinérgica de ambos os profissionais no território, uma vez que um elemento comum na atribuição de ambos é a ênfase nas ações de promoção, envolvendo especialmente ações de educação e comunicação em saúde e de mobilização da participação comunitária para o empoderamento individual e coletivo. No que se refere às ações de prevenção, espera-se que os AVS e os ACS possam atuar na identificação de riscos, integrando as operações das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, aspecto pouco priorizado, considerando-se o conjunto de variáveis do questionário. Integrar a vigilância em saúde à APS é fundamental para garantia da integralidade da atenção, uma vez que favorece o alcance de resultados por meio de um processo de trabalho que integre saberes, compartilhe tecnologias, ao mesmo tempo em que preserve as especificidades da atuação de cada profissional (LACERDA; CASANOVA; TEIXEIRA, 2011).

Eixo 4: Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

Esse eixo se relaciona com os comportamentos individuais e modos de vida existentes

em um dado território. A educação em saúde, como componente desse campo de ação, constitui-se como um espaço de reflexão coletiva centrada na liberdade de escolhas dos indivíduos. Por outro lado, cabe uma ênfase nas questões estruturais que perpassam e condicionam as escolhas, relacionando-as às transformações econômicas e sociais que influenciam o modo de vida das pessoas. Assim, a educação e a saúde são campos de conhecimento que se integram e se articulam para promover transformações na vida das pessoas e, conseqüentemente, na realidade de uma sociedade (COSTA; FUSCELLA, 1999).

Para essa dimensão, o instrumento abordou uma série de ações específicas alinhadas com a PNPS, conforme visualizado na *tabela 4*, que tem o intuito de estimular espaços de troca de informação, fortalecer o vínculo com as unidades de saúde e investir na incorporação de hábitos e comportamentos mais saudáveis por meio de diferentes meios e cenários, como a realização de grupos educativos e de promoção da saúde. Essas ações têm a perspectiva de um melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença, assim como às decisões relativas ao seu bem-estar e qualidade de vida.

As ações educativas com enfoque na saúde da mulher, tais como rastreamento de câncer de colo e mama, planejamento familiar e aleitamento materno, tiveram um bom desempenho dentre as EAB avaliadas no país, com percentuais de 82%, 80% e 87%, respectivamente. Em relação ao rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um conjunto de estratégias variadas, tais como garantir o acesso ao exame preventivo de Papanicolau com qualidade e a qualificação do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero. Também está previsto o fortalecimento da rede de atenção de forma a garantir o acesso de todas as mulheres com lesões palpáveis para o câncer de mama ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento. O

percentual de adesão das EAB a essa prática foi similar entre as regiões analisadas.

Quanto às ações educativas voltadas para o planejamento familiar, 80% das equipes referiram realizá-las, sem diferenças expressivas entre as regiões do país. Além de informações e oferta dos métodos anticoncepcionais no planejamento familiar, caberia problematizar a abordagem, a autonomia das escolhas e considerar os aspectos sociais e culturais em torno das questões de gênero dentro da sociedade contemporânea, visando a garantir uma maior efetividade nessas ações (FORMIGA FILHO, 1999).

Quanto ao aleitamento materno, essa prática educativa já se encontra difundida em 87% das EAB, embora, apesar dos esforços empreendidos, as taxas de aleitamento materno no Brasil encontrem-se aquém do recomendado pela OMS. Essa questão aponta para o fato que a informação de que as equipes desenvolvem uma ação não traduz a qualidade do que está sendo ofertado ou proposto, limitando enormemente a avaliação de sua efetividade.

Quanto à saúde do homem, as informações do PMAQ-AB revelam que envolver esse público em abordagens de cunho educativo ainda é um desafio expressivo, embora seja uma estratégia prioritária do MS no âmbito da sua política. O percentual de ações com foco no público masculino apresentou-se de forma homogênea entre as regiões do país e não conseguiu ultrapassar 40%. Merece referência o fato que os homens acessam os serviços de saúde quando a doença já está instalada, gerando, em grande parte, o agravamento da morbidade e maior custo para o SUS. Esse panorama ressalta a importância de investigar quais estratégias podem ser acionadas para fortalecer e qualificar a atenção primária para o alcance da integralidade da saúde masculina (SCHRAIBER, 2005).

Ao analisar o resultado das práticas educativas direcionadas aos idosos, percebe-se que vêm sendo incorporadas em 70% das EAB, com percentual mais elevado na região Norte (82%) e menos elevado na região Sudeste

Tabela 4. Distribuição das práticas realizadas pelas equipes de Atenção Básica segundo Eixo Desenvolvimento de Habilidades Pessoais, Brasil, 2012

Eixo Habilidades Pessoais: componente da Promoção da Saúde	Brasil			N	NE	SE	S	CO
	Total de Equipes	N	%	%	%	%	%	%
Oferta de ações educativas e de promoção da saúde								
Mulheres - câncer de colo de útero e mama	17199	14117	82	90	88	76	81	82
Planejamento familiar	17199	13521	79	88	87	74	73	72
Gestantes e puérperas - aleitamento materno	17199	15030	87	92	92	83	86	90
Homens	17199	6269	36	40	34	37	37	37
Idosos	17199	12339	72	82	76	65	72	77
Alimentação saudável	17199	12833	75	76	79	71	75	75
Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica	17199	15384	89	91	91	88	89	93
Prevenção e tratamento da diabetes mellitus	17199	15401	90	92	90	88	90	92
Grupos de apoio ao auto cuidado para doenças crônicas	17199	9242	54	48	48	57	62	51
Estratégias de comunicação social e programas educativos de saúde sexual e reprodutiva	17199	10998	64	69	68	61	62	62
Tuberculose	17199	9318	54	80	63	46	40	68
Hanseníase	17199	8797	51	82	61	43	34	68
Grupos com enfoque sobre doenças transmissíveis	17199	11292	66	70	70	63	62	66
Grupos de apoio para cessação do tabagismo	17199	12354	67	59	63	66	62	54
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	17199	4214	25	22	25	22	30	24
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos	17199	2767	16	8	14	17	22	13

Fonte: Elaboração própria

(76%). De fato, o envelhecimento deve ser uma preocupação real para o campo da PS, objetivando a promoção da longevidade com qualidade de vida. Seria de interesse mapear como tem ocorrido a abordagem desses usuários pelas equipes, de forma a identificar se a valorização da identidade e a autonomia do

idoso têm sido priorizadas na perspectiva de uma velhice com qualidade de vida.

Outro ponto que merece destaque é o campo das ações educativas relacionadas à alimentação e nutrição, favorecendo escolhas mais saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades, dado que cerca de 80% das

EAB em todas as regiões analisadas oferecem essa prática. No que concerne às ações com enfoque na prevenção e tratamento da HAS e DM, estas são realizadas por mais de 85% das equipes (*tabela 4*). O cuidado de usuários com doenças crônicas deve ser ofertado de forma integral, o que inclui as ações de autocuidado, a exemplo do que vem ocorrendo em outros países, de forma a gerar maior autonomia das pessoas no que se refere aos determinantes e condicionantes relacionados a esses agravos. Além disso, os resultados dessas ações se mostram mais efetivos quando aliados a propostas educativas sobre a importância do controle dos fatores de risco vis-à-vis as estratégias de empoderamento e maior autonomia aos usuários (BRASIL, 2013).

Quanto aos grupos de apoio ao autocuidado para doenças crônicas, os percentuais são de 62% e 57% nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente. Trata-se de ação que exige melhor qualificação dos profissionais de saúde, voltada para uma compreensão mais ampliada em relação à participação do indivíduo na decisão do seu cuidado com base em seus valores, crenças, nível de conhecimento, habilidades e motivação (BRASIL, 2013).

Já os grupos com enfoque sobre as doenças transmissíveis, são desenvolvidos por 66% das EAB entrevistadas. Esse resultado pode refletir a baixa prioridade do tema em função do quadro epidemiológico do país e a falta da qualificação dos profissionais para o desenvolvimento de ações educativas que abordem essa temática. Esses resultados agregados chamam a atenção, pois o MS vem estimulando um conjunto de atividades com foco na prevenção dessas doenças. Certamente, são atividades cujo enfoque deve incorporar os princípios da promoção e educação em saúde, onde os profissionais possam interagir de forma mais efetiva com as condições de vida e necessidades da população, por meio de diálogo que utilize linguagem mais próxima dos usuários.

As ações com maior dificuldade de implementação são as relacionadas à prevenção e

tratamento do uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como de ansiolíticos e benzodiazepínicos. Isso reflete a dificuldade das EAB de manejar questões vinculadas à saúde mental e ao uso abusivo de drogas cujos fatores psicossociais estão muito presentes. Alguns dispositivos descritos na PNAB têm potencializado a discussão dessas questões no âmbito da APS: apoio matricial às equipes de Atenção Básica com a inclusão de psicólogo e psiquiatra no NASF e o dispositivo da equipe de Consultório na Rua (CASANOVA ET AL., 2013).

Conclusões

No campo da avaliação, há carência de estudos e informações úteis e acessíveis aos profissionais sobre a efetividade das intervenções de PS no âmbito da APS. Contribuir para suprir essa deficiência foi uma das motivações deste estudo. A garantia de um círculo virtuoso entre políticas públicas de proteção social e melhoria da qualidade de vida e saúde impõe não só a construção de estratégias de atuação integrada e de intercâmbio permanente de informações como também o monitoramento e a avaliação participativa das intervenções. É preciso reafirmar a relevância das metodologias avaliativas na área da PS e, principalmente, daquelas que podem motivar a participação e integração entre diversos setores e políticas públicas na lógica mais ampla da APS.

O PMAQ-AB apresenta potencialidades e limitações que valem a pena considerar. Trata-se de uma avaliação orientada para as atividades e ações dos profissionais, na medida em que se propõe a auxiliar na identificação de áreas prioritárias na atenção voltada para o usuário, apoiando os gestores locais no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população. De fato, o PMAQ-AB traz em seu bojo um somatório de esforços para a priorização de processos mais participativos

de avaliação, abrindo canais de comunicação interna e externa e uma forte indução para reengenharia nos processos de trabalho a partir do uso das informações. No entanto, no âmbito da PS, ainda existem desafios a discutir e enfrentar.

O instrumento do PMAQ-AB não foi delineado de forma a avaliar todos os componentes da PS, e a sua dimensão específica ficou reduzida ao enfoque de ações educativas a grupos específicos. Mesmo neste caso, cabe observar que o instrumento não permite avaliar de que forma tais ações estão sendo implementadas e de que maneira elas são efetivas, gerando os resultados desejados. Cabe ressaltar, ainda, que a APS tem como enfoque principal incluir junto à perspectiva do cuidado à saúde a perspectiva dos DSS. Assim, o foco nas ações intersetoriais é fundamental para o enfrentamento dos problemas complexos de saúde e um aspecto chave diante das atribuições e princípios organizativos da APS – e objeto privilegiado da avaliação em promoção da saúde.

A metodologia do PMAQ-AB traz limitações, já que deixa de fora a dinâmica dos processos de implementação das ações ou práticas de PS. Desenhos qualitativos e estudos de caso seriam particularmente úteis para captar e compreender como, porque e para quem as ações funcionam e produzem efeitos desejados, que são dependentes do contexto em que a APS se insere, bem como da capacidade das ações e estratégias responderem às desigualdades sociais que se manifestam na saúde.

A literatura sobre avaliação em PS tem mostrado a importância de enfoques qualitativos que possam motivar a participação e a reflexão entre diversos profissionais e diferentes setores públicos, nesse caso, na lógica mais ampla da APS. Os questionários do PMAQ-AB aqui utilizados não permitem descrições mais abrangentes, densas e detalhadas da dimensão intersetorial e das iniciativas comunitárias, cujos efeitos e resultados positivos estão relacionados com

círculos virtuosos que incluem acordos tácitos, arranjos formais e informais, iniciativas educativas e participativas de empoderamento e de cooperação, bem como motivação e empenho de gestores e profissionais.

Outro ponto importante é a necessidade de se superar a dicotomia existente entre duas abordagens predominantes no campo de atuação da PS dentro da APS. Uma é dirigida à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilos de vida com enfoque em ações educativas, e está relacionada aos fatores de risco comportamentais passíveis de mudança (hábito de fumar, dieta, atividades físicas, por exemplo). E outra que entende a saúde como resultado de um amplo espectro de fatores e determinantes múltiplos que se relacionam com a qualidade de vida e que é influenciada pelos DSS como: saneamento, boas condições de trabalho e moradia, educação, apoio social às famílias e estilo de vida responsável, dentre outros. Nessa abordagem, as ações da PS estão voltadas mais para a coletividade, grupos e ambiente do que focalizadas apenas no indivíduo isoladamente.

O ponto central da discussão, que precisa se observar aqui, diz respeito à convergência entre as duas abordagens. Tal convergência vem da compreensão de que estilos de vida e opções individuais são estruturalmente determinados pelo contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Dessa forma, fatores individuais e comportamentais devem ser compreendidos em um quadro conceitual mais amplo, o que vem sendo problematizado no campo das ciências sociais em saúde (BODSTEIN, 2010). Assim, o que é central é compreender as contingências do contexto, ou seja, os processos a partir dos quais a decisões individuais são tomadas. Dessa forma, no caso da PS e, em particular, da educação em saúde, é possível relativizar a hegemonia do discurso biomédico, normativo, higienista e autoritário que responsabiliza e culpa os indivíduos isoladamente por comportamentos de risco. Nesse sentido, tanto o chamado

empoderamento individual como o reforço da ação comunitária ou empoderamento comunitário podem ser vistos como estratégias válidas para problematizar e promover saúde e que precisam ser apropriadas pelos profissionais e incentivadas no âmbito da APS.

Inúmeras são as dificuldades de ampliar as ações conjuntas para além do setor saúde, justificadas, principalmente, pela fragilidade das equipes dos serviços públicos acessíveis às comunidades e pela baixa capacidade dos profissionais da Atenção Básica para o planejamento de ações integradas com outros setores.

Observa-se, pelos resultados aqui apresentados, assim como têm mostrado Sasaki e Ribeiro (2013), que as práticas relacionadas à prevenção realizadas pelas EAB ainda estão

centradas na atenção a grupos de risco biológico. Tais práticas, verticalmente estabelecidas como 'programas', são organizadas em pacotes e turnos fechados ('grupos de hipertensão e diabetes'), objetivando o manejo clínico e, quando muito, a prevenção relacionada ao estilo de vida em um modelo preventivo de educação em saúde muito pouco efetivo, deixando às outras dimensões de promoção um lugar secundário ou pouco expressivo. No entanto, como propõem as várias Declarações de Ottawa, Sundsvall, Adelaide, Bogotá (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), é preciso que haja investimento na APS quanto ao desenvolvimento de ações comunitárias vis-à-vis ao fortalecimento da capacidade da população de participar das decisões que afetam a sua vida. ■

Referências

BODSTEIN, R. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em Promoção da saúde. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 7-15, 2009.

_____. BODSTEIN, R. Teoria social e o campo da saúde pública. In: HORTALE, V. et al (Org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B, Textos B Riscos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde de 2006, 7).

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-142.

CASANOVA, A. et al. O apoio institucional como pilar na co-gestão da Atenção Primária à Saúde: a

experiência do Programa Teias-Escola Manguinhos no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013 (no prelo). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14911>. Acesso em: 02 set. 2014.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V. (Org.) *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 173-196.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. *Ação Coletiva*, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p.45-47, 1999.

LACERDA, A.; CASANOVA, A.; TEIXEIRA, M. B. O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj: IMS: LAPS, 2011. p. 205-214

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC; POPULATION COUNCIL, 1999. p.151-162.

PEREIRA, M.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, K. L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: *EVALUATION IN HEALTH PROMOTING: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. (European series, 92).

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, Londres, v. 382, n. 6, p. 57-64, 2013.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-163, 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

TAVARES, M. F. L. et al. Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 333-350.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Milestones in health promotion: statements from global conferences*. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf>.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?

Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing?

Maria Guadalupe Medina¹, Rosana Aquino², Ana Luiza Queiroz Vilasbôas³, Eduardo Mota⁴, Elzo Pereira Pinto Júnior⁵, Leandro Alves da Luz⁶, Davllyn Santos Oliveira dos Anjos⁷, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁸

¹Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. medina@ufba.br

²Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. aquino@ufba.br

³Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. anav@ufba.com

⁴Doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professor associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. emota@ufba.br

⁵Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. elzajr@hotmail.com

RESUMO Este estudo objetiva descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil e cotejar as informações prestadas pelos profissionais de saúde com aquelas obtidas pelos entrevistadores através de comprovação documental. É um estudo transversal com dados secundários obtidos da base de dados do PMAQ-AB. Os resultados demonstraram a incipiência da realização das ações analisadas, especialmente aquelas dirigidas para idosos e para a detecção de problemas entre escolares, além de pouca comprovação das ações realizadas, traduzindo a baixa institucionalização dessas ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Promoção da saúde; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT This study aims to describe health promotion and preventive actions against chronic diseases carried out by primary health care teams adherent to the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Brazil. It is a cross-sectional study using secondary data obtained from that Program database. The results demonstrated the paucity of actions, especially those addressed to the elderly and to the detection of problems among students, besides little evidence of actions implementation, reflecting the low institutionalization of health promotion activities within the Family Health Strategy.

KEYWORDS Health evaluation; Health promotion; Primary Health Care; Chronic disease; Family Health Strategy.

Introdução

O debate internacional em torno da promoção da saúde vem ganhando destaque crescente desde a publicação do Relatório Lalonde (LALONDE, 1974) e da realização da Conferência de Alma Ata (1978), marcos históricos na inflexão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde, que ressalta a articulação da saúde com as condições de vida e a necessidade de intervenções globais sobre seus determinantes.

Assim, ainda que a promoção da saúde tenha sido incorporada como tarefa essencial da medicina ou como nível de prevenção das doenças (LEAVELL; CLARK, 1974; ROSEN, 1979), foi na Carta de Ottawa (WHO, 1986), em 1986, que se firmou como proposição de natureza política a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde de diversos países.

Particularmente em nosso país, pode-se afirmar que a formulação das políticas de Atenção Primária à Saúde (APS), implementadas a partir dos anos 1990, incorporou, em suas diretrizes, princípios emanados da Conferência de Alma-Ata, enfatizando a importância da atuação sobre os territórios pautada em análises de situação de saúde e definição de problemas com protagonismo das populações locais, ações voltadas para as famílias em seus domicílios, enfim, um conjunto de medidas que deveriam orientar o trabalho das equipes de APS na perspectiva de mudança do modelo de atenção vigente até então, um dos aspectos mais relevantes da agenda da Reforma Sanitária Brasileira (AQUINO ET AL., 2014; TEIXEIRA, VILASBÔAS; 2014).

Em que pese o aparente consenso em torno da ideia de incorporação da promoção da saúde no âmbito das políticas, a compreensão do que isso significa e como se traduz em operações concretas no âmbito das práticas de saúde é bastante diversa. As várias conceituações disponíveis podem ser agrupadas em dois blocos: no primeiro, ações de promoção da saúde são reduzidas a atividades voltadas para a mudança de estilos de vida dos indivíduos,

os quais, em uma visão reducionista, estariam sob seu controle. No segundo, ao qual se alinham os autores deste estudo, o fundamento está em uma reflexão sobre a importância dos determinantes gerais das condições de saúde, propondo atividades mais voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, com destaque para a importância da ação intersetorial e de políticas públicas coerentes (PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

A importância que as doenças crônicas não transmissíveis têm assumido na atualidade, com valores crescentes dos indicadores de morbimortalidade e representando 70% da carga atual de doenças no território nacional (SCHMIDT ET AL., 2011), tem moldado, também, o debate sobre a promoção da saúde, passando-se a associá-la a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre estilos de vida, não estando mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias com enfoque biomédico, tal como formulado no modelo da história natural da doença.

De fato, a emergência das doenças crônicas como um importante problema de saúde pública tem colocado na ordem do dia o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes, especialmente na APS, ao que tudo indica, ainda centrado em formas de organização que não se adequam às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica.

No que diz respeito às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva, mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde dirigidas ao incentivo a mudanças comportamentais e a determinados hábitos e estilos de vida de indivíduos mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde.

*Mestrando em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. leojluz@gmail.com

*Mestrando em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. davillyn@hotmail.com

*Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. isabela@ufba.com

As ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde são parte do Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período 2011-2023 (BRASIL, 2011).

Poucos estudos no Brasil problematizaram ou avaliaram a natureza e efetividade das ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da APS. Em um estudo de revisão sistemática de estudos empíricos sobre a realidade brasileira, após aplicação de critérios de qualidade, foram encontrados apenas 13 artigos (CINCURÁ, 2014). A maior parte deles não trazia uma reflexão e conceituação precisa sobre promoção da saúde, achado que reforça nossa hipótese sobre a pouca clareza das equipes de APS na sua operacionalização.

Ademais, esforços em institucionalizar processos avaliativos no âmbito da APS no país especialmente implementados pela gestão federal a partir do ano 2000, têm abordado ainda timidamente atividades relacionadas à promoção da saúde. Iniciativas que enfocam o monitoramento e avaliação da APS têm sido até numerosas, mas tem trabalhado, sobretudo, na perspectiva da avaliação normativa, com indicadores de processo e resultado, especialmente os Pactos de Saúde Interfederativos (AQUINO; MEDINA; ABDON, 2014). Além disso, os sistemas de informação em saúde não contemplam o registro sistemático de ações de promoção, atestando o grande vazio de conhecimento e a pouca expressão concreta das práticas de promoção no cotidiano dos serviços de saúde. Ressalta-se, aqui, a importância das informações produzidas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) criado em 2011 por iniciativa do governo federal com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica através de incentivo financeiro destinado às gestões municipais de saúde, condicionado à pactuação de compromissos e avaliação de indicadores firmados entre as equipes de Atenção Básica, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Em síntese, pode-se afirmar que estamos diante de um cenário em que, primeiro, há baixa precisão na definição do que seja, de fato, promoção da saúde; segundo, há pouca clareza do que se espera que as equipes de atenção primária desenvolvam quanto à promoção da saúde; e, terceiro, são escassas as iniciativas de avaliação sobre o que se pensa e o que se faz em Atenção Primária à Saúde no que se refere à promoção da saúde.

Nesse cenário, a análise dos resultados do PMAQ-AB se constitui em uma grande oportunidade para problematizar e discutir as ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito das equipes de APS, ainda que o conjunto de variáveis disponíveis para análise não seja suficientemente abrangente para operacionalizar todos os aspectos de uma concepção ampliada de promoção da saúde. Assim, este estudo adotou como objetivos descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde que aderiram ao Programa no Brasil e cotejar as informações prestadas pelos profissionais de saúde com aquelas obtidas pelos entrevistadores através de comprovação documental.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal com dados secundários obtidos da base de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012).

População e amostra

Do total de municípios brasileiros, 3.935 (70,7%) aderiram ao PMAQ-AB. O número de equipes de Saúde da Família no Brasil era de 32.337, das quais 17.432 (53,9%) aderiram ao Programa no ano de 2012, com grande variação por estado: de 6,5% (Maranhão) a

79,5% (Santa Catarina) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Neste estudo, foram utilizadas informações da base de dados do Ministério da Saúde referentes a 17.202 equipes de Saúde da Família. Dentre estas, cerca de 70% eram equipes de Saúde da Família com saúde bucal, 26%, equipes sem saúde bucal, e menos de 4% equipes de Atenção Básica parametrizadas ou de outro tipo.

Descrição das variáveis

As variáveis escolhidas para análise neste estudo fazem parte do módulo II do instrumento do PMAQ-AB (entrevista estruturada com profissional de nível superior das equipes de Saúde da Família) e foram

extraídas dos subitens 'Promoção da Saúde' e 'Programa Saúde na Escola'. Foram selecionadas apenas as ações relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, excluindo-se aquelas relacionadas especificamente a doenças transmissíveis. No *quadro 1* estão listadas as variáveis que correspondem à realização das ações segundo informação dos profissionais.

Foram criadas três novas variáveis: a primeira, nomeada como 'dcnt_geral', representa a realização de pelo menos uma entre o conjunto de nove ações de promoção da saúde selecionadas (variáveis 1 a 9 do *quadro 1*); a segunda, nomeada 'dcnt_escola', corresponde à realização pela equipe de atividades nas escolas; a terceira, 'dcnt_avalia', corresponde

Quadro 1. Variáveis relacionadas às ações promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas, extraídas do instrumento do PMAQ-AB

Nome da variável	Pergunta do instrumento PMAQ-AB
Ações direcionadas para mulheres	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres (câncer do colo de útero e de mama)?
Ações direcionadas para homens	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para homens?
Ações direcionadas para idosos	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosos?
Ações direcionadas para alimentação saudável	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para alimentação saudável?
Ações direcionadas para prevenção e tratamento da HAS	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS)?
Ações direcionadas para prevenção e tratamento de DM	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento de <i>Diabetes mellitus</i> (DM)?
Ações de apoio ao autocuidado para DCNT	A equipe realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)?
Ações de incentivo a práticas corporais	A equipe incentiva e desenvolve na UBS ou no território práticas corporais?
Ações de incentivo a atividades físicas	A equipe incentiva e desenvolve na UBS ou no território atividade física?
Atividades na escola	A equipe realiza atividades na escola?
Deteção precoce HAS na escola	A equipe realiza atividades de detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS) nas escolas?
Avaliação antropométrica	A equipe realiza atividades de avaliação antropométrica nas escolas?
Avaliação nutricional	A equipe realiza atividades de avaliação nutricional nas escolas?

Fonte: Elaboração própria

à realização pela equipe de, pelo menos, uma das ações de avaliação de condições clínicas nas escolas, dentre elas: detecção de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), avaliação antropométrica e avaliação nutricional.

Foram, também, selecionadas do instrumento do PMAQ-AB algumas variáveis de confirmação documental das ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família (*quadro 2*). De acordo com o instrumento de avaliação externa utilizado pelos pesquisadores na coleta dos dados, nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado indicava no referido documento os elementos que comprovavam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação. A variável 'dcnt_geral_conf' corresponde à existência de confirmação documental de, pelo menos, uma das atividades de promoção da saúde listadas no Bloco 'promoção da saúde' do instrumento do PMAQ-AB; a variável 'dcnt_escola_conf' corresponde à confirmação, através de documento, de atividades de promoção da saúde na escola (sem especificação); e a variável 'dcnt_atividade_conf' corresponde à confirmação de, pelo menos, uma dentre as três atividades do bloco que contemplava detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional nas escolas.

Todas as variáveis deste estudo são dicotômicas, assumindo valores de 0 (não) e 1 (sim).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e recebeu o Parecer de nº 021-12.

Processamento e análise dos dados

Foi calculado o número e percentual de equipes que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo o tipo de ação realizada e segundo o número de ações realizadas, calculando-se, neste último caso, a média e a mediana. Foi também estimado o número e percentual de equipes que comprovaram a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT do total de equipes que compuseram o universo do estudo. Para verificar a consistência ou discrepância entre as duas fontes de informação (entrevista e documento) foram estimados coeficientes de correlação (R) e coeficientes de determinação (R²), calculando-se o percentual do que foi confirmado (documento) em relação ao que foi realizado (entrevista). Os dados e as análises estatísticas foram gerados no *Stata*® v.10 e exportados para o *Excel*® para produção dos gráficos e tabelas. Todos os dados foram analisados por unidades da federação e região do país.

Quadro 2. Variáveis de confirmação documental das ações de promoção da saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família

Nome da variável	Pergunta do instrumento PMAQ-AB
dcnt_geral_conf	Existe documento que comprove que a equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde? – refere-se a 15 atividades, entre as quais: ações direcionadas às mulheres, homens, idosos, alimentação, HAS, DM e autocuidado.
dcnt_escola_conf	Existe documento que comprove que a equipe realiza atividades na escola? A equipe possui registro de atividades realizadas na escola?
dcnt_atividade_conf	Existe documento que comprove quais atividades de avaliação clínica a equipe realiza? – refere-se a três atividades, entre as quais detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional.

Fonte: Elaboração própria

Resultados

No Brasil, mais de 70% das equipes referiram realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas dirigidas a mulheres (82,1%), homens (87,4%), diabetes (89,5%), autocuidado (89,6%), alimentação (71,7%), hipertensão (74,6%) e atividades nas escolas (75,3%); mais de 60% (61,0%) realizavam ações dirigidas ao incentivo a atividades físicas; e menos de 50% realizavam ações dirigidas aos idosos (36,5%), práticas corporais (42,7%), detecção precoce de HAS nas escolas (75,3%), e avaliação antropométrica (26,2%) e nutricional (21,4%) nas escolas (*tabela 1*).

Analisando-se os percentuais por regiões, percentuais de equipes acima de 70% foram observados, em todas as regiões, para

as atividades dirigidas às mulheres, homens, alimentação, hipertensão, diabetes e atividades nas escolas, exceto na região Sudeste para as atividades dirigidas à alimentação (65,1%) e atividades realizadas na escola (69,4%). As demais ações apresentaram, em geral, percentuais abaixo de 50%: ações dirigidas aos idosos (inferiores a 40%), práticas corporais (inferiores a 40%, exceto Sudeste com 53,4%), detecção precoce de HAS nas escolas (36,7% a 55,6%) e avaliação antropométrica e nutricional nas escolas (inferiores a 30%) (*tabela 1*).

Em relação ao número de ações realizadas, 1,9% das equipes informaram que não realizavam nenhuma das atividades selecionadas (1,3% no Norte e Nordeste, 2,7% no Sudeste e 1,6% no Sul e Centro-Oeste) e 4,7%

Tabela 1. Número e percentual de equipes de Atenção Básica que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo tipo de ação e região, Brasil, 2012

Tipo de ações	Brasil		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	n	%	%	%	%	%	%
Direcionadas para Mulheres	14.117	82,1	89,7	88,3	76,3	80,5	82,2
Direcionadas para Homens	15.030	87,4	92,2	91,9	82,9	86,1	89,8
Direcionadas para Idosos	6.269	36,5	39,9	34,3	37,2	37,4	37,2
Direcionadas para Alimentação	12.339	71,7	82,4	76,4	65,1	72,1	76,9
Prevenção e tratamento de HAS*	12.833	74,6	75,5	78,9	70,8	74,8	74,6
Prevenção e tratamento de DM**	15.384	89,5	91,1	90,5	88,0	88,9	92,6
Apoio ao Autocuidado para DCNT***	15.401	89,6	92,1	90,1	88,2	89,6	92,1
Incentivo a Práticas Corporais	7.339	42,7	30,1	33,2	53,4	43,0	37,6
Incentivo a Atividades Físicas	10.500	61,0	46,5	51,1	72,6	60,6	57,0
Atividades na Escola	12.940	75,3	81,1	79,8	69,4	76,7	78,6
Detecção precoce de HAS nas escolas	7.860	45,7	52,6	55,6	36,7	43,4	49,1
Avaliação Antropométrica nas escolas	4.501	26,2	27,2	30,2	22,1	28,3	23,8
Avaliação Nutricional nas escolas	3.677	21,4	19,1	25,4	17,6	22,6	22,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

*HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

**DM - Diabetes Mellitus

***DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

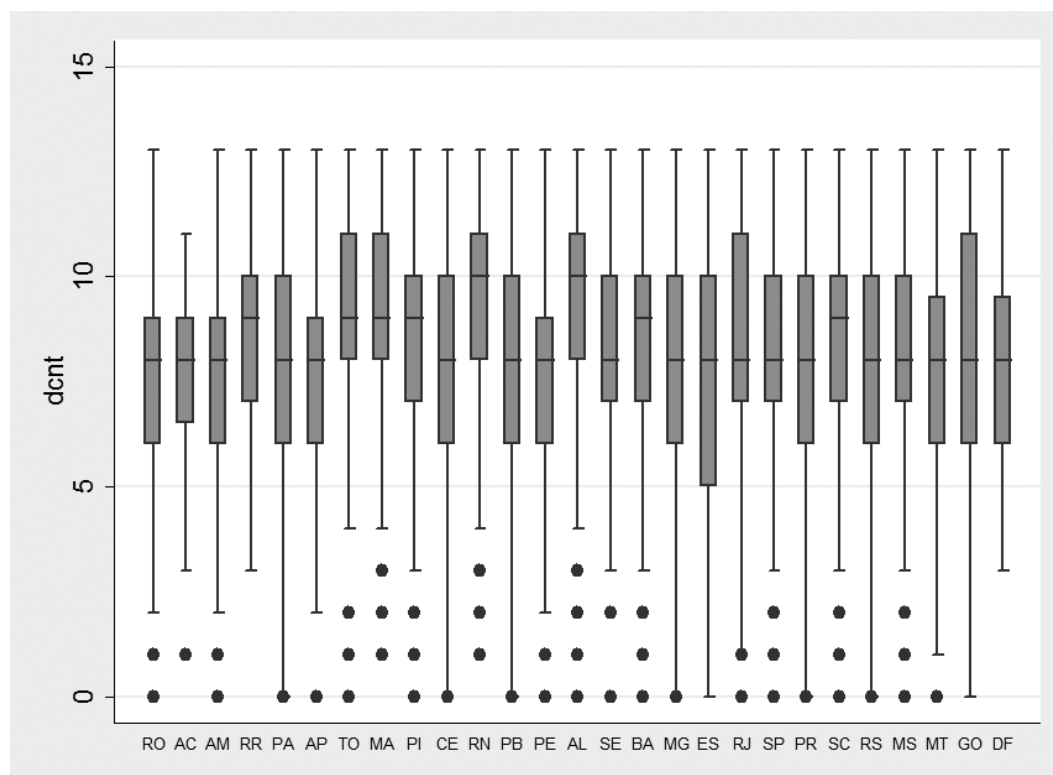
realizavam todas as treze ações. A média e a mediana para o Brasil foram de oito ações por equipe, com pouca variação entre as regiões (médias de 8,2 no Norte e Nordeste, 7,8 no Sudeste, 8,0 no Sul e 8,1 no Centro-Oeste) e os estados (média variando de 7,4 a 9,3 e mediana de oito a dez ações). Chama a atenção o fato de o Acre ter sido o estado a apresentar o menor percentual de equipes que realizaram de dez a treze ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (15,6%) (tabela 2, gráfico 1).

Analisando-se as ações categorizadas em grupos, para permitir cotejar com as informações acerca de confirmação documental das ações realizadas, observa-se que, para o país como um todo, 96,0% das equipes referiram que realizavam pelo menos uma ação (conjunto de nove ações) de promoção da

saúde ou prevenção de doenças crônicas (dcnt_geral), variando de 90,9% (Mato Grosso) a 100,0% (Roraima, Rio Grande do Norte e Distrito Federal). Entretanto, apenas 16,1% apresentaram documento que comprovava tal realização, percentual que foi inferior a 10% das equipes em oito unidades federadas: Acre (0%), Amapá (2,0%), Mato Grosso do Sul (3,8%), Rondônia (4,1%), Amazonas (7,5%), Pará (7,6%), Mato Grosso (8,2%) e Bahia (9,7%) (gráfico 2).

Em relação ao conjunto de ações nas escolas, 75,3% das equipes referiram realizar alguma dessas atividades, percentual que foi inferior em apenas seis unidades federadas (Pará, Amapá, Pernambuco, Minas Gerais, São Paulo e Distrito Federal). Para essas ações, o percentual nacional confirmado de realização por meio de documento foi

Gráfico 1. Box plots da distribuição das equipes de Atenção Básica segundo número de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT e por unidade federada. Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

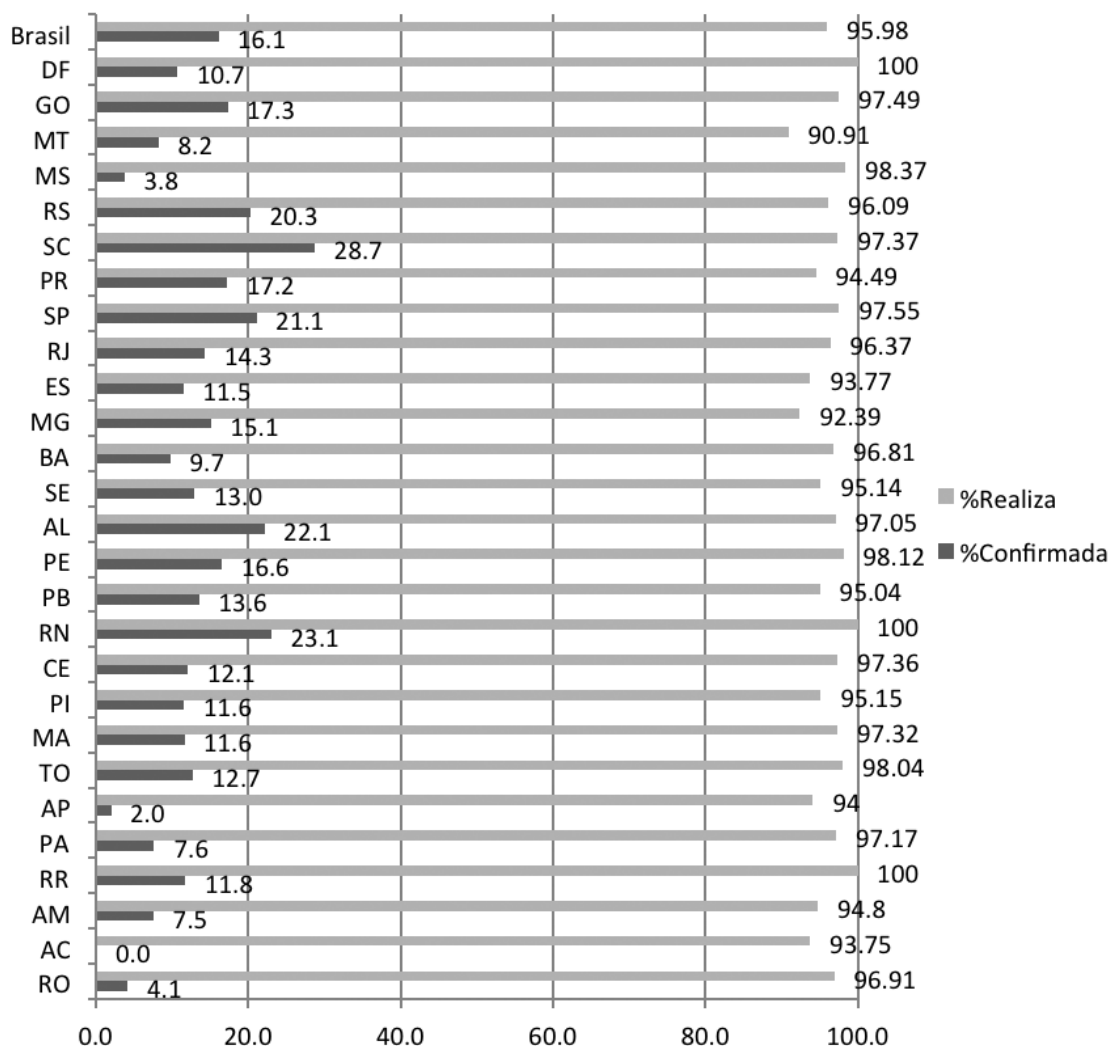
Tabela 2. Percentual* de equipes que realizavam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo número de ações, Unidades Federadas e regiões, Brasil, 2012

UF/Região	Quantidade de Ações em DCNT				Número de Equipes Participantes do PMAQ-AB
	0	1 a 5	6 a 9	10 a 13	n
RO	1,0	10,3	65,0	23,8	97
AC	0,0	12,4	71,9	15,6	32
AM	1,2	12,1	61,8	24,9	173
RR	0,0	11,7	50,0	38,2	34
PA	2,0	17,0	52,8	28,0	353
AP	4,0	10,0	64,0	22,0	50
TO	0,3	5,3	46,0	48,4	298
Região Norte	1,3	11,6	54,6	32,6	1.037
MA	0,0	6,3	45,9	47,7	111
PI	2,4	10,6	53,6	33,4	371
CE	0,7	18,6	53,2	27,6	910
RN	0,0	4,8	39,1	56,1	412
PB	2,7	16,1	52,9	28,1	624
PE	0,7	15,5	61,2	22,8	1.009
AL	2,1	6,2	39,9	51,9	339
SE	2,8	13,0	51,1	33,1	247
BA	1,4	11,9	50,2	36,6	1.532
Região Nordeste	1,3	13,0	51,7	33,9	5.555
MG	4,4	19,4	48,5	27,7	2.916
ES	2,2	24,2	46,0	27,5	321
RJ	1,2	15,2	48,2	35,2	1.047
SP	1,4	15,1	54,6	29,0	2.285
Região Sudeste	2,7	17,5	50,5	29,4	6.569
PR	2,2	21,8	43,6	32,2	998
SC	1,0	14,9	45,0	39,2	1.103
RS	1,6	16,6	49,4	32,2	818
Região Sul	1,6	17,8	45,8	34,9	2.919
MS	0,5	7,7	61,4	30,5	184
MT	4,5	15,4	54,9	25,0	220
GO	1,0	16,0	46,2	36,7	673
DF	0,0	21,4	53,5	25,0	28
Região Centro Oeste	1,6	14,7	50,7	33,1	1.105
Brasil	1,9	15,6	50,4	32,1	17.185

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

* As proporções foram calculadas do total por estado e somam 100%

Gráfico 2. Percentual de equipes que referiram (% 'realiza') e que comprovaram com documentos (% 'confirmada') a realização de pelo menos uma ação de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (dcnt_geral), segundo unidade da federação, Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

de 53,9%, bem maior que as ações do grupo anterior, e variou de 22,0% (Amapá) a 69,8% (Ceará) (gráfico 3).

Observou-se uma relação direta (positiva) entre os percentuais relacionados à referência de realização de ações por profissionais nas escolas – de detecção de HAS e avaliação antropométrica e nutricional (dcnt_aval) – e respectivas confirmações, através de documentação. Para o Brasil, o valor do

coeficiente de correlação (R) foi igual a 0,57, que indica uma forte correlação entre ações realizadas e confirmação das ações. Além disso, para essa correlação, obteve-se um coeficiente de determinação (R^2) = 32,0%, ou seja, 32% da variação no percentual de realização das ações é explicado pela confirmação de tais ações. Para o país, o percentual de realização de ações confirmadas através de documentação alcançou 53,9%. Embora

com a mesma relação positiva entre realiza e confirma, a correlação entre os dois valores variou entre as regiões. No Centro-Oeste, que teve a menor proporção de confirmado (46,2%), ocorreu maior homogeneidade entre os valores de realiza e confirma (maior $R^2=0,979$); o Nordeste teve a maior proporção de confirma (58,3%), mas o menor valor de R^2 (0,381), isto é, com maior dispersão (ou menor homogeneidade). Situação semelhante ao Nordeste se observou para a região Norte. As regiões Sul e Sudeste apresentaram coeficientes de determinação elevados. Ressalvado o fato que há diferenças no número de valores em cada série por região, menor homogeneidade entre os valores indica maior variação na qualidade do registro em relação ao que é efetivamente realizado.

Analisando-se, especificamente, ações realizadas nas escolas para detecção precoce de HAS, avaliação antropométrica e avaliação nutricional, que compreendem avaliações de caráter clínico, o percentual de equipes que referiram realizar pelo menos uma dessas ações, no Brasil, caiu para 49,1%, sendo menor em São Paulo (30,6%), Distrito Federal (32,1%), Pernambuco (37,1%), Rondônia (40,2%), Minas Gerais (43,1%), Paraná (45,3%), Pará (47,3%) e Rio Grande do Sul (48,3%). Chama a atenção o fato que

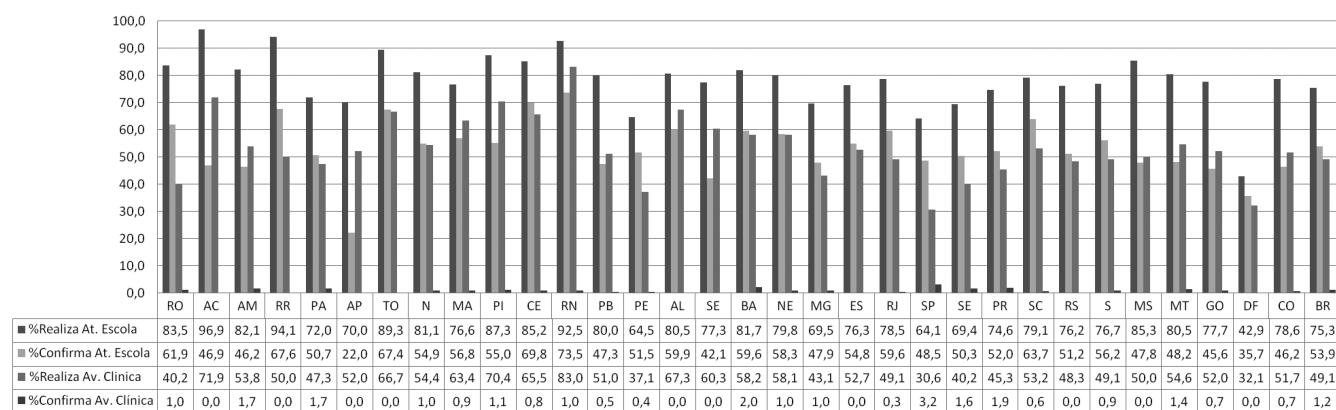
apenas 1,2% das equipes do país e nenhuma equipe em dez unidades federadas apresentou documento de comprovação da realização dessas ações (gráfico 3).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país. Embora tenha havido menção da realização de ações de promoção da saúde voltadas para mulheres, homens, alimentação, hipertensão, diabetes e autocuidado em frequências acima de 70%, os valores percentuais das taxas de comprovação (ao menos um documento comprobatório) foram muito baixos. Diferenças estaduais e regionais existiram, mas não foram tão expressivas quanto se poderia supor, face aos indicadores de desigualdades existentes no país.

Considerando-se que estamos tratando de equipes e municípios que manifestaram explicitamente adesão ao PMAQ-AB e, portanto, se submeteram voluntariamente a um processo avaliativo com o intuito de receber incentivos financeiros adicionais, o cenário em relação ao universo das equipes de APS

Gráfico 3. Percentual de equipes que referiram e comprovaram a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos nas escolas e de ações clínicas nas escolas (detecção de HAS ou avaliação antropométrica ou nutricional), segundo unidade federada e regiões, Brasil, 2012



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2012.

no país deve ser, muito provavelmente, pior do que o que se apresentou nesta análise.

Chama a atenção, especialmente, a escassez de ações específicas dirigidas aos idosos e à detecção de problemas entre escolares. Ambos, grupos de grande interesse em relação às doenças crônicas não transmissíveis: de um lado, pela vulnerabilidade biológica e social (idoso), de outro, pela oportunidade perdida de uma intervenção precoce entre crianças e jovens, grupos que vêm apresentando, nos últimos anos, expressivo aumento de indicadores de obesidade e inatividade física (GUEDES ET AL., 2011).

O cotejamento dos nossos resultados com o de outros países é limitado, uma vez que os estudos comparáveis são escassos na literatura internacional. Uma pesquisa que objetivou descrever atividades comunitárias de promoção da saúde na atenção primária em comunidades autônomas na Espanha observou que mais da metade das equipes investigadas desenvolvia atividades comunitárias, e que 80% destas implementava ações interseoriais (MARCH ET AL., 2014). Neste estudo, não foi possível averiguar tais aspectos, mas, pelos resultados aqui encontrados, tudo leva a crer que estamos distantes da situação observada naquele país, cujo processo de reforma da APS se encontra bem consolidado.

É fato que a ESF representa uma inovação mundial em termos de política universal de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, para que a APS maximize sua contribuição para a prevenção e controle de doenças crônicas, uma série de condições é imprescindível, dentre as quais uma forte atuação nos territórios e entre as populações saudáveis ou de não-doentes. A prevenção primária dos fatores de risco, através da promoção da atividade física, desencorajamento do tabagismo, estímulo a práticas de alimentação saudáveis, dentre outras mudanças em fatores comportamentais, exige um compromisso sustentado ao longo do tempo e baseia-se em escolhas individuais que são determinadas pela organização social, como

a disponibilidade de alimentos saudáveis, a existência de locais para realizar atividades físicas, o preço e disponibilidade de cigarros etc. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Há, contudo, evidências de que o contato regular com um prestador de serviços de APS está associado com o aumento do compromisso dos indivíduos de aderir a planos de mudança de comportamento (COLEMAN ET AL., 2009; FORREST ET AL., 2002). Nesse sentido, parece-nos pertinente a recomendação de Poland, Frohlich e Cargo (2008) de que as intervenções de promoção da saúde assumam como objetivo uma mudança no estilo de vida coletivo, cujas ações devem ser direcionadas mais para os contextos ou *settings*, como nas escolas e comunidades em que os indivíduos se situam.

Atividades com escolares foram referidas por 75% das equipes no Brasil. Entretanto, ações específicas de detecção precoce de hipertensão ou atividades como avaliação antropométrica e nutricional foram informadas por poucas equipes e comprovadas por quase nenhuma delas. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluem educador físico e nutricionista, foram incorporados desde 2008 à APS (BRASIL, 2008) e deveriam oferecer um suporte especial às equipes na promoção de práticas de alimentação saudável e atividade física.

É possível que alguns dos problemas observados estejam relacionados às imperfeições do instrumento utilizado na captura das informações desejadas. É possível, também, que a discrepância verificada entre as ações de promoção da saúde informadas e comprovadas pelas equipes respondentes indique um problema meramente de insuficiência de instrumentos ou formas de registro. Mas, ainda assim, traduz a baixa institucionalização de ações de promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Ressalte-se o fato de que, nas análises de correlação, foram observadas diferenças no número de valores em cada série por região, com menor homogeneidade nas regiões Norte e Nordeste, sendo lícito

supor que nessas regiões havia maior inconsistência na informação sobre ações realizadas, talvez, em consequência de maior deficiência nos registros.

O instrumento aplicado apresenta alguns limites quanto à sua validade interna (validade de construto) na medida em que as perguntas não caracterizam nem discriminam as práticas de promoção. Ressalta-se, ainda, o fato de que no bloco de promoção à saúde, não existem questões específicas sobre intersetorialidade. A temática da ação intersetorial é abordada de maneira bastante superficial em um tópico que trata de questões referentes à reunião da equipe de Atenção Básica, sem nenhuma informação mais consistentes sobre a natureza da ação realizada. Ademais, ainda que cada instituição de pesquisa tenha produzido seu protocolo para calibrar os procedimentos de coleta dos dados nos estados sob sua responsabilidade, o treinamento dos entrevistadores e o controle do trabalho de campo não foram objeto de uma padronização sistemática entre as distintas instituições que realizaram a avaliação externa, o que pode comprometer a confiabilidade dos instrumentos de investigação, sobretudo em questões onde não há formulações consensualmente aceitas, como é o caso da promoção da saúde.

Finalmente, há que considerar que o PMAQ-AB é um projeto bastante ambicioso de iniciativa nacional que alia incentivos financeiros e avaliação de processos locais, o que significa por em operação uma logística complexa com toda uma rede de relações que extrapolam, inclusive, a dimensão técnica de uma mensuração de qualidade do trabalho das equipes de APS. Como experiência de avaliação, o PMAQ-AB inaugurou seu primeiro ciclo. Sendo assim, espera-se que a análise cuidadosa dessa primeira investida, inclusive o mergulho analítico e crítico nos dados produzidos, sirva para melhorar investigações posteriores e, especialmente, a qualidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

Conclusões

Os resultados deste estudo demonstraram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país. Isto, por si só, é suficiente para colocar como necessidade premente a adoção de medidas, pelos gestores, que visem a alterar essa realidade, ademais do estímulo, pelos organismos financiadores, a processos investigativos que explorem as razões pelas quais ainda estejamos neste patamar, depois de quase 25 anos de SUS, quase 20 anos de implantação do Programa Saúde da Família / Estratégia Saúde da Família e sete anos de publicação oficial de uma política nacional de Promoção da Saúde.

Este artigo objetivou descrever as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família utilizando como fonte os dados produzidos pelo PMAQ-AB. Nesse sentido, a caracterização quanto à natureza de tais práticas está limitada pelas informações disponíveis no próprio instrumento que, como comentado anteriormente, não explorou questões relativas às ações intersetoriais. Por outro lado, não foi temática específica deste estudo o controle social ou a participação comunitária, que podem estar relacionados à promoção da saúde (especialmente quando se trata do empoderamento dos sujeitos individuais e coletivos para definir questões relacionadas à sua própria saúde), mas que dizem, também, respeito a outros aspectos (relacionados à organização de serviços de saúde, prestação do cuidado ofertado etc.) que requerem um tratamento específico e que fogem ao escopo deste trabalho.

Apesar dos limites, esta avaliação externa apresentou um retrato do processo de trabalho de parcela importante das equipes de Saúde da Família existentes no país e pode ser um bom ponto de partida para análises posteriores. Este registro pode ser o início de um processo consistente de monitoramento

e avaliação da Atenção Básica e objeto de contínuo aperfeiçoamento metodológico, dados os desafios postos pela complexidade tecnológica da Atenção Primária à Saúde, o que exigirá dos interessados um debate permanente sobre o conteúdo e as formas de organização das práticas nesse âmbito do sistema de saúde brasileiro. ■

Referências

- AQUINO, R. *et al.* A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 353-371.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; ABDON, C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, V. M. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p.893-932.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CINCURÁ, R. N. S. *Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil*. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- COLEMAN, K. *et al.* Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff*, Bethesda, v. 28, n. 1, p. 75-85, 2009.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- FORREST, C. B. *et al.* Managed care, primary care, and the patient-practitioner relationship. *J Gen Intern Med*, Alexandria, v. 17, n. 4, p. 270-277, 2002..

GUEDES, D. P. *et al.* Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 295–302, 2011.

LALONDE M. *A new perspective of health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: Mc-Graw-Hill Inc., 1976.

MARCH, S. *et al.* ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. *Gac Sanit.*, Barcelona, v. 28, n. 4, p. 267–273, 2014..

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. p. 305-326.

PINTO, H.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1083>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Org.). *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer, 2008. p. 299-317.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion*, Ottawa, 21 November 1986. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, sob processo nº 25.000.182672/2011-16.

Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental

Understanding matrix support and quality certification results in the areas of care for women, care for children, hypertension and diabetes as well as mental health

¹ Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. delcio@gmail.com

² Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. thomaz@medicina.ufmg.br

³ Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro. Pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. angela@nescon.medicina.ufmg.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. alizira.o.jorge@gmail.com

⁵ Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisadora-assistente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. clarice@nescon.medicina.ufmg.br

⁶ Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisadora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. dmxa@medicina.ufmg.br

Délcio da Fonseca Sobrinho¹, Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado², Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima³, Alzira de Oliveira Jorge⁴, Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis⁵, Daisy Maria Xavier Abreu⁶, Lucas Henrique Lobato de Araújo⁷, Maria Luiza Ferreira Evangelista⁸, Ana Lúcia Escobar⁹, Cléber Ronald Inácio dos Santos¹⁰, Alaneir de Fatima dos Santos¹¹

RESUMO Este artigo apresenta a distribuição do apoio matricial (AM) no Brasil, identificando relações entre as atividades de AM e a certificação do PMAQ-AB. Utilizaram-se dois modelos de regressão logística múltipla. As atividades de AM na Atenção Básica são significativas mas desiguais, com altos graus de AM em lugares desenvolvidos. Existe associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação. Elevados graus de AM correspondem a 89%, 80%, 89% e 63% de chances de as equipes obterem uma melhor certificação na atenção à mulher, criança, hipertensão e diabetes e saúde mental, respectivamente. O AM tem ajudado a melhorar a qualidade da Atenção Básica no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Certificação de qualidade; Apoio matricial.

ABSTRACT This article aims to present the distribution of matrix support (MS) in Brazil and identify relations between MS activities and PMAQ-AB certification results. Two multiple logistic regression models were run. MS activities in primary care are significant, although uneven. There is a positive association between the level of support and result obtained in certification. High degrees of MS correspond to the probabilities of 89%, 80%, 89% and 63% that teams obtain better certification on attention to woman, child, hypertension and diabetes, and to mental health, respectively. MS has progressively helped to improve primary care in Brazil.

KEYWORDS Primary Health Care; Certification of quality; Matrix support.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil vem implementando estratégias no sentido de superar uma cultura de sistema fortemente hierarquizado, com estruturas rígidas que não se inter-relacionam, penalizando o cuidado prestado ao paciente. A utilização do apoio matricial (AM) na Atenção Primária à Saúde no Brasil estrutura-se com este sentido e, progressivamente, tem se constituído como diretriz para as ações do Ministério da Saúde.

Ao analisar a função do apoio matricial, Campos (1999) salienta que se trata de um novo arranjo para estimular cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação. Dessa forma, a estratégia matricial privilegia o exercício interdisciplinar em busca do cuidado integral em saúde, racionalizando o acesso e o uso de recursos especializados e estimulando uma clínica ampliada sustentada por um pacto de corresponsabilização sanitária.

Campos e Domitti (2007) identificaram três planos fundamentais nos quais se pode desenvolver tal arranjo do ponto de vista prático: troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; e atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador.

De comum entre tais estratégias estaria o princípio de que a equipe permanece responsável pela condução dos casos, mesmo quando algum tipo de apoio especializado se faz necessário. Nesse cenário, o AM se incumbe de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes, fundado no pressuposto de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), dessa forma, espera-se que a equipe de Saúde da Família (EqSF), sendo a responsável pelo usuário, não o encaminhe,

desresponsabilizando-se por ele, mas peça apoio para a melhor condução do caso.

Cunha e Campos (2011) salientam que existe uma cultura dominante que toma o saber profissional nuclear como propriedade privada, estabelecendo uma relação de mútua exclusão de responsabilidades entre os profissionais (problemas de saúde e recortes disciplinares ou são de um profissional ou de outro). O modelo de gestão mais adaptado a esta cultura é o burocrático-taylorista, com forte investimento na concentração dos processos de decisão, na padronização e na fragmentação das atividades e da responsabilidade profissional. Tal contexto dificulta a implantação e a compreensão da proposta de equipe de referência e de apoio matricial justamente pelo esgotamento desse tipo de arranjo gerencial, que necessita de reformas como a sugerida.

As primeiras experiências de apoio matricial foram realizadas em Campinas no final da década de 1980. Em 2008, o Ministério da Saúde formalizou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pressupondo um funcionamento a partir de apoio matricial. Segundo o Ministério da Saúde (2009), os NASF se propõem a:

- (1) Atendimento compartilhado, para intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos.
- (2) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso.
- (3) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as EqSF.

Alguns estudos já identificam os potenciais e os problemas nas experiências em curso. Penido (2012), em estudo sobre AM em Santa

⁷ Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pesquisador-assistente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. lucaslobato87@gmail.com

⁸ Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. mevangelista@nescon.medicina.ufmg.br

⁹ Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora associada da Universidade Federal de Rondônia (UFRO) – Porto Velho (RO), Brasil. ana@unir.br

¹⁰ Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor assistente da Universidade Federal do Acre (UFAC) – Rio Branco (AC), Brasil. pmaqacre@hotmail.com

¹¹ Doutora em Ciência da Informação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. laines@uol.com.br

Luzia, Minas Gerais, na área de saúde mental (SM), salienta que os trabalhadores das EqSF reconhecem a potência do AM para a mudança das práticas – mais consoante aos princípios da integralidade – e das subjetividades daqueles que as protagonizam. Quando operado segundo compartilhamento de ideias e decisões, associam ao AM o aumento de resolutividade e a racionalização do acesso ao recurso especializado, graças ao aumento do grau de autonomia e da segurança para o cuidado em SM. As EqSF ficam mais comprometidas com os casos, o que colabora para o fortalecimento do vínculo com os usuários que, por sua vez, se sentem mais seguros pelo fato de a EqSF ser apoiada por especialistas.

Também Delfini e Reis (2012), ao analisarem uma experiência de AM em saúde mental, evidenciaram que o AM pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde. No entanto, mostraram que as EqSF não se sentem instrumentalizadas para o manejo dos casos de transtornos mentais.

Em estudo realizado em São Paulo, na mesma área, também se notou a existência de alguns problemas (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Os profissionais referem-se ao apoio matricial sem compreender o que é o fundamento de sua proposta: a corresponsabilização pelos usuários e a construção de ações conjuntas. Todavia, o matriciamento é concebido como um arranjo organizacional capaz de dar sustentação aos equipamentos da rede de forma a operar de maneira integrada e articulada, possibilitando a apreensão do sujeito em sofrimento em sua totalidade.

Para Jorge, Sousa e Franco (2012), a experiência com AM possibilita a organização dos processos de trabalho, investindo nas tecnologias leves, na clínica dos afetos e na corresponsabilização como forma de estimular o compromisso de trabalhadores, usuários e familiares com a produção do cuidado.

Constata-se, pela literatura, que os estudos realizados até o momento sobre apoio matricial são focalizados em casos

específicos. A realização da avaliação pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) no Brasil, em 2012, permite um conhecimento mais aprofundado do que efetivamente ocorre com a Atenção Básica no Brasil. A partir dos dados do PMAQ-AB, este artigo pretende apresentar a distribuição do AM no Brasil e identificar relações entre as atividades de AM realizadas no âmbito da atenção primária e o resultado da certificação do PMAQ-AB nas seguintes áreas: mulher, criança, hipertensão, diabetes e saúde mental.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal realizado com base no banco de dados de avaliação externa do PMAQ-AB estruturado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Quanto ao universo pesquisado, no âmbito do PMAQ-AB, foram realizadas entrevistas com 17.055 profissionais coordenadores das equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012, distribuídas em todos os estados brasileiros. Foram utilizadas variáveis do questionário II do PMAQ-AB, que identificam as atividades de AM oferecidas às equipes avaliadas.

Para avaliação da qualidade da atenção, foram consideradas quatro dimensões mensuradas pelo PMAQ-AB: atenção à saúde da mulher nos aspectos relativos a planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério; atenção à saúde da criança de até dois anos; atenção ao *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica; e atenção à saúde mental. Essas dimensões receberam as seguintes certificações pelo PMAQ-AB: ótima, boa, regular e insuficiente. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial.

Para a análise de atividades de AM, foram utilizados dados das 14.489 equipes que relataram receber alguma atividade de apoio. Inicialmente, criou-se uma variável denominada grau de apoio, cujo objetivo foi o de representar a quantidade de AM recebida pelas

equipes. Essa variável foi calculada pelo somatório de AM recebido pela equipe: apoio baixo (1 a 3 apoios), apoio médio (4 a 6 apoios) e apoio alto (7 e 8 apoios). Essa variável foi analisada por meio das frequências absoluta e relativa, assim como distribuição de acordo com os estratos dos municípios, estados e regiões do Brasil. Os estratos, formatados pelo Ministério da Saúde, foram elaborados a partir de dados relativos a indicadores socioeconômicos e demográficos dos municípios. Seis estratos foram estruturados para permitir comparação mais homogênea entre os municípios brasileiros (BRASIL, 2011).

Para verificar associações entre o grau de apoio recebido pelas EqSF com a qualidade da atenção, foi realizada a análise de regressão logística binária múltipla, tendo como variável dependente a certificação das EqSF (BRASIL, 2013). Para tal, utilizou-se a categoria regular/insuficiente como referência. Foram rodados dois modelos de regressão logística múltipla: no primeiro modelo, a variável independente foi o grau de AM das EqSF, enquanto no segundo modelo a variável refere-se às atividades de AM oferecidas às equipes. Os dois modelos foram analisados para cada dimensão estudada.

As análises adotaram o nível de significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%, com cálculo da respectiva *Odds Ratio* (OR) para indicar a magnitude das

associações. As estimativas de OR e IC95% de cada variável foram ajustadas para o efeito das demais variáveis. O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* versão 15.0 – para as análises estatísticas.

Resultados

Foram analisados os resultados de 17.055 EqSF. Destas, 14.489 relataram possuir AM (84,4%), enquanto o restante (15,6%) não possuía nenhuma modalidade de apoio. Observa-se que, em todos os estratos analisados, o maior percentual de equipes possui grau de apoio médio, salvo as EqSF do estrato seis, em que o grau de apoio alto foi o mais prevalente (47,6%). Deve-se destacar que, em todos os estratos de municípios, o grau de apoio médio foi superior ao baixo e alto (tabela 1).

Ao se analisar a distribuição do grau de apoio pelas regiões brasileiras, verifica-se que apenas no Sudeste a maior parcela das EqSF possui alto grau de apoio (39,8%). Chama a atenção ainda que, quando se avaliam os apoios médios e altos, esta região atinge 72,3% das EqSF e que, dentre todas as regiões analisadas, essa região possui a menor quantidade de equipes com nenhuma modalidade de apoio.

Tabela 1. Distribuição do grau de apoio das equipes de Saúde da Família segundo estratos de município, PMAQ-AB, 2012

Estrato	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	510	23,6	475	22,0	696	32,2	480	22,2	2161	100,0
2	484	21,3	658	29,0	703	31,0	426	18,8	2271	100,0
3	377	14,9	723	28,7	860	34,1	562	22,3	2522	100,0
4	385	11,8	790	24,2	1199	36,8	887	27,2	3261	100,0
5	493	17,5	606	21,5	904	32,1	810	28,8	2813	100,0
6	430	10,4	494	11,9	1246	30,1	1970	47,6	4140	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Outra região que apresenta significativo grau de apoio é a Sul, que, no somatório dos dois maiores apoios (alto e médio), chega a atingir 67,3% das equipes. A região Norte destaca-se pelo pequeno grau de apoio oferecido às suas equipes, possuindo o maior percentual de equipes com nenhuma modalidade de apoio matricial contratada (41,3%), seguida pelo grau de apoio baixo com 26,7% das equipes (*tabela 2*).

Na distribuição por estados, os que possuem apoio mais alto são: São Paulo (57,5%), Rio de Janeiro (45,2%) e Santa Catarina (44,6%). Os que possuem baixo ou nenhum apoio são Roraima (86,7%), Rondônia (75,0%) e Acre (70,6%) (*tabela 3*).

A *tabela 4* detalha a associação entre as dimensões do cuidado avaliadas e o grau de apoio recebido. Observa-se associação positiva entre o grau de apoio médio e alto com a certificação nas dimensões relativas ao cuidado da mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério), *diabetes mellitus*/hipertensão e atenção à criança. Nessas dimensões, o grau de apoio alto possui maior chance de receber certificação ótima do que o grau de apoio médio. Nas dimensões sobre a atenção à mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério) e hipertensão/diabetes possuir alto grau de apoio está associado a receber

certificação ótima (OR: 1,89). Na dimensão sobre a saúde mental, por outro lado, o grau de apoio médio está associado negativamente à certificação ótima (OR: 0,79), embora o grau de apoio alto esteja associado positivamente (OR: 1,55).

A associação entre as atividades de AM e a certificação das EqSF está detalhada na *tabela 5* por dimensões de atenção à saúde. Em todas as dimensões analisadas, as consultas clínicas estão associadas negativamente à certificação ótima, exceto na atenção à criança, em que não se observa essa associação. No mesmo sentido, a visita domiciliar com os profissionais está associada negativamente com a certificação ótima, exceto na atenção à saúde mental. Destaca-se que a construção conjunta, educação permanente, intervenções no território e discussões de processo de trabalho (neste último, com exceção à atenção à criança) estão associadas positivamente com a certificação ótima em todas as dimensões analisadas.

De todas as atividades de apoio analisadas, a maior evidência de força de associação refere-se à realização de educação permanente na dimensão sobre a atenção ao diabetes/hipertensão (OR: 1,40). Por outro lado, a realização de consultas clínicas na atenção à SM possui maior força de associação negativa com a certificação das EqSF (OR: 0,58).

Tabela 2. Distribuição dos graus de apoio às equipes de saúde da família segundo regiões brasileiras, PMAQ-AB, 2012

Região	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	431	41,3	279	26,7	216	20,7	118	11,3	1044	100,0
Nordeste	891	16,1	1508	27,2	1850	33,3	1302	23,5	5551	100,0
Sudeste	674	10,3	1143	17,4	2131	32,5	2605	39,8	6553	100,0
Sul	450	15,4	504	17,3	1072	36,8	889	30,5	2915	100,0
Centro Oeste	233	21,1	312	28,2	339	30,7	221	20,0	1105	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Tabela 3. Distribuição dos graus de apoio de acordo com as Unidades Federativas do Brasil

Estados	Grau de apoio									
	Nenhum		Baixo		Médio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RO	49	50,5	36	37,1	8	8,2	4	4,1	97	100
AC	15	46,9	12	37,5	4	12,5	1	3,1	32	100
AM	43	24,9	60	34,7	49	28,3	21	12,1	173	100
RR	18	54,5	13	39,4	2	6,1	0	0,0	33	100
PA	131	37,1	99	28,0	76	21,5	47	13,3	353	100
AP	16	32,0	16	32,0	15	30,0	3	6,0	50	100
TO	159	52,0	43	14,1	62	20,3	42	13,7	306	100
MA	21	18,9	26	23,4	36	32,4	28	25,2	111	100
PI	37	10,0	76	20,5	179	48,2	79	21,3	371	100
CE	115	12,7	299	32,9	322	35,4	173	19,0	909	100
RN	65	15,8	111	27,0	128	31,1	107	26,0	411	100
PB	150	24,0	165	26,4	210	33,6	100	16,0	625	100
PE	95	9,4	275	27,3	334	33,1	305	30,2	1009	100
AL	51	15,1	122	36,2	109	32,3	55	16,3	337	100
SE	70	28,3	73	29,6	76	30,8	28	11,3	247	100
BA	287	18,7	361	23,6	456	29,8	427	27,9	1531	100
MG	304	10,5	609	21,0	1078	37,1	911	31,4	2902	100
ES	93	29,0	48	15,0	129	40,2	51	15,9	321	100
RJ	139	13,3	128	12,2	369	35,3	410	39,2	1046	100
SP	138	6,0	358	15,7	555	24,3	1233	54,0	2284	100
PR	137	13,8	203	20,4	367	36,8	289	29,0	996	100
SC	100	9,1	171	15,5	384	34,8	447	40,6	1102	100
RS	213	26,1	130	15,9	321	39,3	153	18,7	817	100
MS	32	17,4	43	23,4	67	36,4	42	22,8	184	100
MT	37	16,8	106	48,2	51	23,2	26	11,8	220	100
GO	151	22,4	161	23,9	213	31,6	148	22,0	673	100
DF	13	46,4	2	7,1	8	28,6	5	17,9	28	100
Total	2679	15,6	3746	21,8	5608	32,7	5135	29,9	17168	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012; BRASIL, 2013

Tabela 4. Regressão logística múltipla entre o grau de apoio matricial das equipes de Saúde da Família e a certificação, tendo como categoria de referência a certificação regular

Dimensão	Grau de apoio	B	p	OR	95% IC	
					Mínimo	Máximo
Mulher	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,14	0,00	1,15	1,09	1,21
	Alto	0,64	0,00	1,89	1,78	2,00
Criança	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,19	0,00	1,21	1,15	1,28
	Alto	0,59	0,00	1,80	1,70	1,90
HAS + DM	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,08	0,00	1,09	1,03	1,15
	Alto	0,64	0,00	1,89	1,78	2,00
Saúde Mental	Baixo	-	-	1,00	-	-
	Médio	0,18	0,00	0,83	0,79	0,88
	Alto	0,49	0,00	1,63	1,55	1,73

Fonte: BRASIL, 2013, n: 14.489

Nota: IC: Intervalo de Confiança; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; OR: Odds Ratio

Discussão

Nesta visão panorâmica da situação do AM na Atenção Básica no Brasil, pode-se verificar que os mais altos níveis de AM estão estruturados nas regiões e estados mais desenvolvidos economicamente – regiões sudeste (44,5%) e sul (36,1) e estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, respectivamente (57,5%, 45,2% e 44,6%). Já as regiões e estados mais pobres que possuem nenhum apoio ou grau de apoio mais baixo são: região Norte (68,0%) e Centro Oeste (49,3%) e estados de Roraima (86,7%) Rondônia (75,0%) e Acre (70,6%).

Quando os dados são analisados por estratos de municípios segundo a classificação do PMAQ-AB, observa-se nos estratos cinco e seis que predominam os graus mais altos de apoio, respectivamente (47,6 e 28,8%), enquanto os estratos um e dois estão piores situados, com, respectivamente, o maior percentual de nenhum apoio (23,6 e 21,3%) ou de baixo apoio (22,0% e 29,0%). Ou seja, quase a metade das EqSF desses estratos possui baixo ou nenhum

apoio. Tal descoberta reforça a afirmação anterior que nos estratos que refletem as melhores condições de vida da população brasileira há também melhor organização dos sistemas de saúde quanto a diversidade do apoio e suporte às equipes de saúde de família por meio do AM. À medida que os sistemas de saúde vão se estruturando, as atividades de AM também se estabelecem. São as regiões mais distantes e de maior vulnerabilidade social as portadoras de baixa estruturação das atividades de AM.

Além das dificuldades de estruturação de equipes para atuarem no apoio matricial, aspectos relativos à organização dos processos de trabalho e produção do cuidado em saúde podem também influenciar esse processo. Nessa direção, Campos e Domitti (2007) identificam dois obstáculos que degradam a prática clínica e sanitária. O primeiro impõe impedimentos à construção de vínculo equipe/usuário ao longo do tempo e onde a relação profissional/paciente predominante nos serviços de saúde é aquela do tipo pontual e fragmentada.

Tabela 5. Regressão logística múltipla entre as modalidades de apoio matricial de saúde da família e a certificação, tendo como categoria de referência a certificação regular

Tipo de apoio	Apoio	Atenção à mulher			Atenção à Criança			Atenção a DM + HAS			Atenção à Saúde mental		
		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]		OR	IC [95%]	
			Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo
Consultas clínicas	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,82***	0,76	0,88	0,96	0,90	1,04	0,85***	0,79	0,91	0,58***	0,54	0,62
Discussão de casos clínicos	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,97	0,89	1,06	1,01	0,92	1,10	0,94	0,86	1,03	1,07	0,98	1,17
Ações clínicas compartilhadas	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,20***	1,10	1,32	1,19***	1,09	1,31	1,13**	1,03	1,23	1,07	0,98	1,17
Construção conjunta	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,23***	1,14	1,34	1,11*	1,02	1,20	1,22***	1,12	1,32	1,36***	1,26	1,48
Educação permanente	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,30***	1,20	1,41	1,24***	1,15	1,34	1,40***	1,30	1,51	1,22***	1,13	1,32
Discussões s/ processo de trabalho	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,33***	1,22	1,44	1,06	0,98	1,15	1,15**	1,06	1,26	1,18***	1,08	1,28
Intervenções no território	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	1,19***	1,09	1,29	1,13**	1,03	1,23	1,19***	1,10	1,30	1,11*	1,02	1,21
Visitas com os profissionais	Não	1,00			1,00			1,00			1,00		
	Sim	0,84***	0,77	0,91	0,90**	0,82	0,98	0,85***	0,79	0,93	1,01	0,93	1,10

Fonte: BRASIL, 2013, n: 14.489

Nota: * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$; IC: Intervalo de Confiança; OR: Odds Ratio.

O segundo grupo de obstáculos diz respeito à redução dos projetos terapêuticos à dimensão médica, em geral, com exagerado enfoque biológico e individual, impondo uma redução do terapêutico ao uso de medicamentos e procedimentos e, mesmo a educação em saúde, quando ocorre, realiza-se segundo essa perspectiva limitada. Nesse grupo há uma tendência das profissões e especialistas a reduzir seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original, o que pode estar ocorrendo e ter relação com os resultados encontrados, dentre outros fatores.

Observou-se no estudo também a existência de associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação nas áreas da assistência analisadas. Alto grau de

AM significa, respectivamente, 89%, 80%, 89% e 63% de chances de as equipes obterem melhor certificação nas áreas da atenção à mulher (planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério), criança, hipertensão e diabetes, além de SM. Esse resultado reflete o amplo espectro de questões que um AM bem estruturado proporciona.

Campos e Domitti (2007) salientam que o funcionamento dialógico e integrado da equipe de referência pressupõe tomá-la como espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão e participa da vida da organização. O apoiador matricial pode agregar saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Também

procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Penido (2013), aprofunda a discussão ao destacar percepções distintas dos diferentes tipos de profissionais quanto ao AM. Os médicos são os que mais evocam o potencial pedagógico da estratégia e seus efeitos sobre a clínica. Relacionam-se com o AM, sobretudo como aprendizes, o que também implica em aprender a conviver com o reordenamento de poder na equipe para produção coletiva do cuidado em saúde. A percepção dos agentes comunitários de saúde é permeada pelos efeitos de valorização do seu conhecimento e ressalta as mudanças relativas à sua maneira de conceber e lidar com os usuários, reafirmando que a mudança de práticas não está desvinculada da mudança dos sujeitos. Os enfermeiros se diferenciam no desvelar do AM, identificando conflitos e disputas de poder. Assim, os trabalhadores das EqSFs mantêm com os apoiadores – e com o AM – relações tensionadas pela sobrecarga de trabalho e por conflitos de poder, mas também laços de solidariedade e interesse.

Ao identificar as atividades de AM que mais contribuem para melhor certificação das equipes por área de assistência, observou-se que consultas clínicas, discussão de casos clínicos e visita com os profissionais interferem pouco na certificação obtida. Essas são atividades relacionadas aos processos diretos de assistência aos pacientes. As atividades que exigem processo de interação significativo são as mais relevantes para a melhor certificação, dentre os quais novos processos precisam ser criados e apropriados.

Uma das explicações diz respeito à complexidade do próprio conceito AM e sua possível incompreensão pelas EqSF: o simples fato de possuir acesso a referências especializadas pode ter sido interpretado pelas equipes como possuir o apoio matricial em si. Outra possibilidade refere-se à dificuldade, já relatada por Jorge, Sousa e Franco (2012),

que as equipes têm de se apropriar do cerne do apoio matricial: o estabelecimento de relações horizontais, alterando o processo de responsabilização para outro compartilhado, com discussão de casos clínicos e construção de soluções por meio de projetos terapêuticos efetivamente conjuntos, reverte a visão de sistemas hierarquizados como forma de estruturação do cuidado ao paciente. Ou seja, não basta ter o profissional especialista para apoio às equipes básicas, porque os melhores resultados somente acontecerão quando o especialista e as equipes revisitarem suas práticas em direção a processos efetivamente mais compartilhados e que incidam sobre uma nova forma de construir o cuidado em saúde.

As atividades de AM que mais contribuiriam, em todas as áreas, para melhor certificação foram: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Deve-se salientar o papel da educação permanente no aumento da chance de melhor certificação, em todas as áreas: mulher (30%), criança (24%), hipertensão/diabetes (40%) e saúde mental (22%).

Conforme salientam Jorge, Sousa e Franco (2013), o AM permite compartilhar responsabilidades e se fortalecer para lidar melhor com situações complexas. Quando as equipes são mais próximas, os profissionais se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam canais para contato, sempre que necessário. Ainda que uma rede de atenção integral se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende (e se constrói com) das pessoas que atuam nos serviços e das conexões e vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum. O compartilhamento de responsabilidades e ações interventivas só se realiza por meio das relações sociais entre os trabalhadores dos serviços. Portanto, valorizar e investir na relação entre as pessoas é fundamental para um trabalho efetivamente compartilhado entre as duas equipes e na rede como um todo. No entanto, sua concretização tem sido

um grande desafio para o cotidiano do trabalho em saúde. O caminho é longo, os obstáculos são frequentes e os desafios, constantes (QUINDERÉ *ET AL.*, 2013).

Outro aspecto que chama a atenção no estudo refere-se à estruturação do AM na área da SM. Apesar de estar configurado há mais tempo no contexto do SUS, desde 2003, e ser a área com experiências positivas num trabalho articulado e compartilhado, observou-se que a associação entre apoio e resultado da certificação foi a mais baixa dentre as áreas analisadas – sendo que, nessas outras, a experiência com apoio matricial é mais recente. Esse resultado precisa ser compreendido por meio de investigações posteriores.

Uma das limitações deste estudo advém do fato de o conceito de AM ser amplo (JORGE, SOUSA, FRANCO, 2013) e ainda recente no Brasil, o que pode ter adicionado algum viés de informação quando confundido com referenciamento. Além disso, a certificação das equipes do PMAQ-AB utilizada como marcador de qualidade neste estudo é basicamente pautada em indicadores de estrutura em detrimento de indicadores de processo e resultado (BRASIL, 2013). No entanto, a proposta de avaliação do PMAQ-AB é inovadora e está em constante aprimoramento a partir da linha de base dessa primeira avaliação realizada em 2011-2012 que poderá ser tomada como uma linha de base. Nesse aspecto, maior ênfase em indicadores de processo e resultado deve ser estimulada nos futuros ciclos avaliativos com vistas à melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde.

Conclusão

Observou-se que, no Brasil, as atividades de AM na Atenção Básica já são expressivas, porém desiguais, com graus de AM mais elevados nos estados, estratos e regiões mais desenvolvidas. No entanto, em 12 estados, cerca de 50% das EqSF, possuem nenhum ou grau baixo de AM. Existem associações importantes entre o grau de AM ofertado às EqSF e os resultados obtidos na certificação do PMAQ-AB nas áreas analisadas: saúde da mulher, criança, diabetes/hipertensão e saúde mental.

As atividades de AM que mais contribuíram para melhor certificação das equipes foram as que exigem alta interação entre EqSF e apoiadores: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Pode-se concluir afirmando que o AM tem progressivamente se estruturado na atenção primária no Brasil e ajudado a melhorar a qualidade e o acesso da população à atenção à saúde no país.

Nesse contexto em que as atividades de AM generalizam-se na Atenção Básica no país, vinculadas a melhor certificação no PMAQ-AB, percebeu-se que existem atividades do AM mais fortemente correlacionadas com os resultados positivos da certificação. Resta aprofundar estudos nessa direção, procurando compreender melhor tal dinâmica. No entanto, já há indícios fortes de que a estruturação do AM na atenção básica contribui para a atenção de melhor qualidade à população brasileira. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.
- JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P; FRANCO, T. B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013.
- PENIDO, C. M. F. Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em saúde mental. 2012. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do AM. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2157-2166, 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB

Labor management in Primary Health Care: an analysis from the perspective of PMAQ-AB participating teams

Helena Seidl¹, Swheelen de Paula Vieira², Marcia Cristina Rodrigues Fausto³, Rita de Cassia Duarte Lima⁴, Juliana Gagno⁵

¹Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. helena.seidl@ensp.fiocruz.br

²Mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. helen.nut@gmail.com

³Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora e pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil. ritacd1@uol.com.br

⁵Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. julianagagno@yahoo.com.br

RESUMO O artigo tem por objetivo analisar a gestão do trabalho na atenção básica a partir das entrevistas realizadas com profissionais das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. A análise foi realizada por porte populacional dos municípios, quanto ao tempo de atuação e formação profissional; educação permanente; formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista; e plano de carreiras e remuneração variável. Os resultados revelam a importância da continuidade de esforços visando à despreciação dos vínculos de trabalho, a implementação de planos de carreira, a formação e qualificação profissional e o fortalecimento da educação permanente.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em Saúde; Gestão em saúde.

ABSTRACT The article aims to analyze the labor management in primary care from the interviews with professional teams participating in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in 2012. Analysis was performed by size population of the municipalities as to the time of operation and training of professional; continuing education; forms of employment and type of employment contract; careers and variable compensation plan. The results indicate the importance of continuity in the efforts that minimize instability of work contracts, implementation career plans in the SUS, training and professional qualifications, and strengthening of continuing education.

KEYWORDS Primary Health Care; Health manpower; Health management.

Introdução

Um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial.

O trabalho em saúde é um processo coletivo, realizado por diversos profissionais e tem como característica o assalariamento e a divisão parcelar do trabalho, ou seja, a fragmentação dos atos de produção por trabalhadores especializados que, por consequência, perdem a noção do todo e de seu produto final (PIRES, 2000).

Em se tratando da atenção básica em saúde, essa correlação do trabalho coletivo com a divisão parcelar do trabalho também encontra correspondência e precisa ser considerada quando se discute a gestão do trabalho nesse nível de atenção (PIRES, 2000). Tal tema remete à ideia de questões relacionadas, dentre outras, às condições de trabalho, uso de tecnologias, interação entre profissionais/equipes, planejamento e educação permanente.

No Brasil, a partir da década de 1990, o setor saúde foi afetado pelas ações decorrentes da política de reforma do Estado, e uma das justificativas levantadas foi a necessidade de modernização e introdução do país no cenário internacional. O Estado passou a ser visto como uma máquina ‘pesada’, ineficiente e altamente burocrática.

Nesse sentido, a desregulamentação das regras do aparelho estatal foi o grande mote da onda neoliberal da década de 1990, responsável pela ampliação do mercado, flexibilização das relações de trabalho e transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado. Assim, o papel do Estado na provisão de serviços essenciais, tais como saúde e educação, já não era mais reconhecido como necessário. A reforma do Estado contribuiu para a flexibilização dos contratos com base no argumento

de maior controle de gastos com recursos humanos (NOGUEIRA, 1999).

Dentre as consequências desse processo de reforma, verificou-se a abertura de precedentes para a proliferação de formas variadas de vínculos empregatícios (muitos deles precários) ainda adotadas nos dias atuais em todos os níveis de gestão do nosso sistema de saúde. Uma dessas consequências foi a precarização do trabalho, que fez parte de um conjunto de tendências muito fortes e cuja discussão, na década de 2000, trouxe para a pauta do governo federal um enfrentamento no sentido de acabar com essa realidade.

De modo geral, o tema da precarização do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, incluindo a Atenção Básica, a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho tem algumas particularidades, tendo em vista a desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida nas últimas décadas e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal (BRASIL, 2003).

Segundo Araújo *et al.* (2006), o trabalho precário se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho havendo perdas de direitos que são assegurados constitucionalmente, onde outras questões podem se encontrar nessa conceituação, tais como baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de trabalho. Tais fatores caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas, são condicionantes de *stress* e, consequentemente, influenciam na qualidade dos serviços prestados aos usuários (LACAZ ET AL., 2010).

A flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação entre o público e o privado, na área da saúde, tem assumido conformações várias tais como modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde, representadas por organizações sociais, fundações estatais de direito público ou privado, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), consórcios de direito público ou privado, entidades filantrópicas, cooperativas e organizações

não governamentais (ONG), bem como terceirizações de um conjunto de atividades relativas à gestão (PIERANTONI, 2001). Essa flexibilização tem levado à contratação de profissionais com salários diferentes para a realização de trabalhos semelhantes, criando uma multiplicidade de remunerações, vínculos e formas de contratação.

Contribuindo para a discussão sobre a valorização de recursos humanos em saúde no SUS, propõe-se neste artigo analisar aspectos da gestão do trabalho na Atenção Básica. A gestão do trabalho compreende as relações de trabalho a partir de concepção na qual a participação do trabalhador é essencial para a efetividade do nosso sistema de saúde. Entende-se, assim, que este é coparticipante nas ações e decisões, não estando reduzido a um agente passivo cumpridor de tarefas. Nessa perspectiva, o trabalho é visto como um processo de troca, com coparticipação e coresponsabilização.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011. O principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012A).

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012A): Fase 1 - 'Adesão e contratualização'; Fase 2 - 'Desenvolvimento'; Fase 3 - 'Avaliação Externa'; e Fase 4 - 'Recontratualização'.

A fase de 'Contratualização' das equipes ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2011, e o trabalho de campo para execução da 'Avaliação Externa' ocorreu de junho a setembro de 2012.

Para realização deste trabalho, utilizaram-se entrevistas com os profissionais das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB), ocorrido em 2012. Pretendeu-se também investigar possíveis singularidades entre municípios de menor e maior porte populacional.

Considerações metodológicas

O Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde (DAB/MS), responsável pela criação do PMAQ-AB, convidou instituições de ensino e pesquisa que compunham a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), dentre elas a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a participarem do processo de operacionalização da fase de avaliação externa, atuando desde na elaboração dos instrumentos, definição de logística de campo e a aplicação dos instrumentos de avaliação.

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB (técnica de entrevista) foi composto por instrumentos de coleta, divididos em três módulos: Módulo I - Observação na unidade básica de saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2012B).

Foram entrevistados no Brasil 65.391 usuários e 17.201 equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ-AB, distribuídas em 13.843 UBS. Segundo relatos de representantes do Ministério da Saúde, houve adesão de 71% dos municípios.

As análises geradas a partir do banco de dados disponibilizado pelo DAB/MS foram realizadas por meio do *software* IBM SPSS versão 21.

Este estudo se caracteriza como um estudo transversal, descritivo e exploratório, onde, para a construção da análise, elegeu-se

a terceira dimensão do Módulo II, contendo quatro blocos relacionados à gestão da Atenção Básica no que se refere ao vínculo de trabalho e à qualificação das equipes.

A partir das variáveis do PMAQ-AB, foram escolhidas como dimensões de análise: tempo de atuação e qualificação dos profissionais das equipes de Atenção Básica (EqAB), formas de contratação e modalidades de vínculos profissionais, plano de carreira e remuneração variável e educação permanente. Tais formas estão sistematizadas no *quadro 1*.

Optou-se por desenvolver esta análise sobre gestão do trabalho considerando o porte populacional dos municípios brasileiros, classificados em seis estratos: até 10.000 habitantes (hab.); 10.001 a 20.000 hab.; de 20.001 até 50.000 hab.; de 50.001 até 100.000 hab.; de 100.001 até 500.000 hab.; e mais de 500.000 hab. Estes estratos permitem comparações tanto com a classificação do IBGE (municípios de pequeno, médio e grande porte) como com estudos de foco similar, além de seguir a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB. No Brasil, embora haja um compartilhamento de responsabilidades entre os três entes federados quanto à gestão e financiamento da Atenção Básica, o município tem autonomia e responsabilidade para realizar as ações de saúde em seu território, inclusive sobre as decisões relativas aos recursos humanos.

Aspectos éticos

Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Parecer Nº 32.012 em 06/06/2012.

Resultados e discussão

De acordo com o Censo 2010 (IBGE, 2011), há no Brasil 5.565 municípios, dos quais 70% têm

população de até 20.000 habitantes, concentrando 17% da população total; 24,5% são municípios com 20 a 100 mil habitantes, onde vivem 28% da população; e apenas 4,5% dos municípios têm população entre 100 e 500 mil habitantes, alocando 25,5% da população brasileira. Menos de 1% dos municípios possui mais de 500 mil habitantes, que, entretanto, concentram 30% da população brasileira. Essas diferenças de distribuição populacional, em certa medida, definem a necessidade de contratação de recursos humanos em saúde, bem como os desafios relacionados à formação, qualificação e fixação de profissionais em contextos econômico, político, social e demográfico diversificados.

Entende-se que, para uma caracterização mais completa do perfil dos profissionais, outras variáveis que não estavam presentes no questionário poderiam ser agregadas, tais como idade, sexo e tempo de formação. Como a proposta deste artigo é a de apresentar a análise a partir dos dados coletados no PMAQ-AB, a ausência de tais dados constituiu-se em uma limitação do estudo.

Para fins de análise e discussão, os resultados foram apresentados em blocos, conforme as dimensões selecionadas. Os sujeitos do estudo são os profissionais respondentes do PMAQ-AB: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas.

Para a análise dos resultados, as variáveis foram distribuídas em quatro dimensões, conforme já apresentado no *quadro 1*.

Tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais das equipes de Atenção Básica do PMAQ-AB 2012

Participaram das entrevistas do PMAQ-AB 17.201 profissionais, que representam 14% daqueles que atuam na atenção no Brasil ($n = 124.170$), de acordo com o DATASUS (2013). Segundo a mesma fonte, destes, 40%

Quadro 1. Variáveis segundo dimensões de análise da gestão do trabalho na Atenção Básica – equipes participantes do PMAQ-AB (Módulo II)

Dimensões de análise	Descrição	Variáveis
Tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais da equipe de Atenção Básica	Tempo de atuação e perfil dos profissionais da equipe* e sua formação complementar**	Profissão do entrevistado O senhor é coordenador da equipe? Quanto tempo o senhor atua nesta equipe de AB? O senhor possui ou está em formação complementar? Possui quais destes processos de formação?
Educação Permanente	Ações de qualificação para os profissionais da atenção básica***	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da Atenção Básica? Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? Em quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano?
Formas de contratação e modalidade de vínculos profissionais	Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo	Qual o seu agente contratante? Qual é seu tipo de vínculo?
Plano de carreira e Remuneração variável	Plano de carreira, considerando progressão por antiguidade, por avaliação de desempenho e incentivos	O senhor tem plano de carreira? No plano tem progressão por antiguidade? No plano tem progressão segundo avaliação de desempenho ou desenvolvimento (mérito)? Gratificação por formação/título? O senhor tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Profissionais da equipe: médico, enfermeiro e dentista.

** Formação complementar na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

*** Ações de qualificação: cursos presenciais e em distância, atividades ligadas ao Telessaúde, atividades de tutoria/preceptorial, dentre outros, e de acordo com as demandas e necessidades das equipes.

são enfermeiros, 33% são médicos e 27% são cirurgiões-dentistas.

Dentre os profissionais respondentes do PMAQ-AB, 92,3% são enfermeiros. Esse resultado pode ser explicado pela maior proporção de enfermeiros que assumem a coordenação das equipes de Atenção Básica em relação aos demais profissionais. Dentre os entrevistados 87,8% informam ser o coordenador da equipe, não havendo diferenças significativas quando analisado por porte populacional (tabela 1). A predominância

dos enfermeiros como respondentes é verificada em todos os municípios, independente do porte populacional. Contudo, nota-se que o percentual de médicos foi maior em municípios de maior porte. Os dados verificados no inquérito do PMAQ-AB convergem para aqueles encontrados nos estudos produzidos pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (ESPM-NESCON), nos anos de 2001 e 2006. Os estudos demonstraram que a função de coordenação das equipes de saúde

da família era predominantemente de responsabilidade do enfermeiro, representando 68% em 2001 e 57% em 2006.

Com relação ao tempo de atuação desses profissionais, observa-se que, na média nacional, 27,6% dos entrevistados informaram ter menos de um ano de atuação na equipe e 28,9%, até dois anos. Somados, pode-se dizer que 56,5% dos profissionais declararam ter entre menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe. O maior percentual de respostas para mais de seis anos de atuação na mesma equipe foi verificado nas cidades com mais de 500 mil habitantes (25,3%). O baixo tempo de atuação na equipe pode estar relacionado à rotatividade dos profissionais da Atenção Básica, como já demonstrado em estudos anteriores, o que sugere a importância de empenhar esforços para a diminuição da rotatividade de profissionais atuantes na Atenção Básica (CAMPOS; MALIK, 2008).

Para Campos e Malik (2008), a permanência dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), em especial de médicos e enfermeiros, é considerada um dos fatores cruciais para a efetividade da Atenção Básica (AB), haja vista que o modelo se fundamenta no vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários. A rotatividade pode comprometer a efetividade do modelo e prejudicar a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários. Também pode estar associada à baixa política salarial, precárias condições de trabalho, exigência de carga horária integral, baixas condições de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF (MENDONÇA ET AL., 2010).

No que diz respeito à formação, há uma exigência da sociedade quanto à garantia de qualidade dos serviços públicos e privados prestados por distintos profissionais, embora tal exigência, segundo Castro Filho *et al.* (2007), não seja acompanhada de crescimento e reconhecimento profissional e social, como é o caso de médicos e outros profissionais

que atuam na ESF. Também é ressaltado que desde a implantação da ESF foi gerada uma demanda por novos perfis profissionais para atuação em tal nível de atenção.

Sobre a formação complementar dos profissionais respondentes, apesar de 83,4% declararem ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação, questiona-se esse elevado percentual, visto que foram dados coletados sem especificação precisa da área para os cursos de *strictu sensu* e/ou *lato sensu*, e inclui os respondentes que estavam com pós graduação em curso. Sentiu-se a necessidade de uma investigação e uma maior discussão sobre as especializações a que se referiam, sobre o comportamento de acordo com o porte populacional dos municípios e mesmo, da capacidade de captação dessa informação pelo instrumento.

Quanto às especializações em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade, observou-se que 26,6% dos médicos, 44,0% dos enfermeiros e 39,6% dos cirurgiões dentistas declararam ter concluído uma dessas especializações (tabela 1). Comparando a distribuição dessas ocorrências pelos portes dos municípios, nota-se que os respondentes médicos e cirurgiões-dentistas com essas especializações concentram-se nos municípios de grande porte, diferentemente da distribuição dos enfermeiros, que estão mais distribuídos entre os diferentes estratos populacionais. Sob uma perspectiva mais geral, percebe-se ainda, maior concentração de profissionais com pós-graduação *lato sensu* (especialização em saúde pública/saúde coletiva ou outras especializações) em municípios com mais de 500 mil habitantes.

Quanto aos concluintes de Residências em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e de Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva, observavam-se percentuais baixos nas três categorias de respondentes: de apenas 13,6% para médico, de 1,3% para enfermeiros e de 3,0% para cirurgião dentista. Os achados sugerem que tais ofertas podem estar

mais concentradas em municípios de porte acima de 100 mil habitantes.

Analisando a categoria médica, 19,7% desses profissionais declararam ter concluído outras Residências, dentre essas, a maioria em especialidades clínicas e cirúrgicas, principalmente clínica médica e ginecologia-obstetrícia. Resultado semelhante aos achados do estudo intitulado *Demografia Médica no Brasil* (CFM, 2013), onde ginecologia-obstetrícia foi uma das mais frequentes.

Com relação às pós-graduações *strictu sensu* (mestrado ou doutorado) e considerando a média do Brasil, observou-se o seguinte comportamento: apenas 4,3% de respostas dos médicos apontam a realização de mestrado e 3,1%, doutorado; somente 3,2% dos enfermeiros têm mestrado e 0,7% relataram doutorado; e, os cirurgiões dentistas foram os que mais declararam ter mestrado, totalizando 8,1%, e 1,8% realizaram doutorado. Apesar das baixas proporções no Brasil, a maior concentração tanto de enfermeiros, como médicos e cirurgiões dentistas está nas cidades de maior porte populacional, incluindo os com mais de 100 mil habitantes.

Educação permanente

A oferta de educação permanente aos profissionais também se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, contribuindo não apenas para valorização e satisfação do trabalhador como também para maior qualificação do processo de trabalho.

Com essa variável, verificou-se se há oferta de ações de qualificação para os profissionais da Atenção Básica, bem como se atendem às demandas e necessidades das equipes.

A *tabela 2* apresenta os resultados referentes à educação permanente. Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ou seja, quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior

acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios.

Embora grande parte dos profissionais tenha afirmado que a gestão municipal oferta ações de educação permanente, o percentual de equipes que participaram de qualquer uma das ações citadas no último ano é baixo, não havendo, portanto, diferença expressiva entre os diferentes estratos populacionais. Entre os que afirmaram ter participado das ações de educação permanente, as modalidades mais frequentes foram o Telessaúde (23,7%) e os cursos presenciais (18,7%).

Segundo Mendonça *et al.* (2010), sabe-se que a formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, se constitui em pontos-chaves para a menor rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da Atenção Básica.

Formas de contratação e modalidade de vínculo dos profissionais

A *tabela 3* refere-se às formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista dos profissionais respondentes do PMAQ-AB 2012. No que se refere ao agente contratante, quase 77,9% dos profissionais foram contratados pela administração direta, ou seja, vinculados diretamente à administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal. Quando se analisa por estrato populacional, verifica-se que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais o percentual de contratação direta é menor se comparado aos demais estratos, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS).

Com relação ao tipo de vínculo, o estatutário equivale ao maior percentual de respostas dos profissionais em todos os estratos populacionais, chegando a 42,1% para o país. Cabe ainda destacar que, para os municípios de maior porte populacional (maior que 500 mil

Tabela 1. Perfil e formação dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001- 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissão:														
Médico	82	3,2	70	2,4	89	2,5	53	2,8	235	7,4	464	15,0	993	5,8
Enfermeiro	2465	95,3	2762	96,0	3464	95,7	1772	95,5	2864	90,4	2548	82,3	15875	92,3
Cirurgião-dentista	39	1,5	45	1,6	67	1,9	29	1,6	70	2,2	83	2,7	333	1,9
Coordenadores de equipe	2306	89,2	2635	91,6	3366	93,0	1684	90,8	2620	82,7	2484	80,3	15095	87,8
Profissionais com tempo de atuação na equipe de Atenção Básica atual:														
Menos de 1 ano	546	25,3	693	30,6	801	31,8	995	30,5	829	29,6	875	21,1	4739	27,6
De 1 a 2 anos	711	27,5	874	30,4	1045	28,9	596	32,1	883	27,9	857	27,7	4966	28,9
De 3 a 5 anos	667	25,8	716	24,9	959	26,5	381	20,6	830	26,2	795	25,7	4348	25,3
Mais de 6 anos	568	22,0	414	14,4	463	12,8	266	14,3	546	17,2	845	27,3	3102	18,0
Formação complementar														
Profissionais que possuem ou estão em formação complementar	1708	78,9	1795	79,0	2050	81,1	2694	82,5	2459	87,4	3642	87,6	14348	83,4
Médicos**														
Especialização em Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família	12	14,6	16	22,9	18	20,2	10	18,9	65	27,7	143	30,8	264	26,6
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	6	7,3	6	8,6	12	13,5	7	13,2	22	9,4	47	10,1	100	10,1
Outras especializações	32	1,2	32	1,1	34	0,9	19	1,0	105	3,3	214	6,9	436	2,5
Residência em Medicina de Família e Comunidade/ Saúde da Família	5	6,1	3	4,3	5	5,6	4	7,5	44	18,7	74	15,9	135	13,6
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	2	2,4	0	0,0	3	3,4	2	3,8	0	0,0	7	1,5	14	1,4
Outras residências	7	8,5	7	10,0	14	15,7	9	17,0	49	20,9	110	23,7	196	19,7
Mestrado	1	1,2	1	1,4	0	0,0	4	7,5	14	6,0	23	5,0	43	4,3
Doutorado	1	1,2	2	2,9	2	2,2	4	7,5	8	3,4	14	3,0	31	3,1
Enfermeiros***														
Especialização em Saúde da Família	985	40,0	1089	39,4	1352	39,0	740	41,8	1418	49,5	1407	55,2	6991	44,0
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	547	22,2	642	23,2	837	24,2	441	24,9	674	23,5	704	27,6	3845	24,2
Outras especializações	1198	48,6	1352	49,0	1762	50,9	923	52,1	1532	53,5	1243	48,8	8010	50,5
Residência em Saúde da Família	18	0,7	23	0,8	37	1,1	22	1,2	62	2,2	51	2,0	213	1,3
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	15	0,6	19	0,7	23	0,7	13	0,7	28	1,0	27	1,1	125	0,8
Outras residências	9	0,4	15	0,5	19	0,5	12	0,7	29	1,0	58	2,3	142	0,9
Mestrado	61	2,5	66	2,4	82	2,4	42	2,4	128	4,5	134	5,3	513	3,2
Doutorado	18	0,7	27	1,0	22	0,6	7	0,4	18	0,6	25	1,0	117	0,7

Tabela 1. (cont.)

Dentistas****														
Especialização em Saúde da Família	7	17,9	13	28,9	22	32,8	11	37,9	32	45,7	47	56,6	132	39,6
Especialização em Saúde Pública / Saúde Coletiva	5	12,8	6	13,3	20	29,9	6	20,7	23	32,9	36	43,4	96	28,8
Outras especializações	16	41,0	27	60,0	31	46,3	16	55,2	40	57,1	43	51,8	173	52,0
Residência em Saúde da Família	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	6	8,6	3	3,6	10	3,0
Residência Saúde Pública / Saúde Coletiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	2	2,4	3	0,9
Residência em Odontologia Preventiva e Social	1	2,6	0	0,0	1	1,5	1	3,4	1	1,4	0	0,0	4	1,2
Outras residências	0	0,0	1	2,2	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,9
Mestrado	1	2,6	1	2,2	1	1,5	1	3,4	8	11,4	15	18,1	27	8,1
Doutorado	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	4	4,8	6	1,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

Nas variáveis admitiu-se múltiplas respostas:

** Número de médicos respondentes: 993

*** Número de enfermeiros respondentes: 15875

**** Número de dentistas respondentes: 333

hab.), a segunda forma mais utilizada de vínculo é o contrato por CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), correspondendo a 44,7%.

No entanto, esta realidade não é a mesma para os municípios de menor porte populacional, pois possuem o contrato temporário (pela administração pública ou por contrato de serviço) como segunda opção mais referida, sugerindo maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios de menor porte populacional.

A terceirização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas na Atenção Básica vêm se configurando como tendência desde o início da década de 2000, já constatada em estudos anteriores. A terceirização e a flexibilização são mais presentes em municípios de maior porte populacional, mostrando haver forte correlação entre a utilização do contrato regido pela CLT e o porte populacional dos municípios. (BRASIL, 2001; 2006). Nesta pesquisa, para todas as

categorias profissionais analisadas, à medida que o porte populacional cresce aumenta a utilização dessa modalidade de contratação.

Deve-se considerar que, isoladamente, a contratação pela administração direta verificada na maior parte dos municípios brasileiros não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo. Os contratos temporários têm se configurado como alternativa muito frequente na administração direta, por exemplo, para a contratação de profissionais de nível superior (MACHADO; VIEIRA, 2000; BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que, nos anos 1990, a reforma administrativa do Estado induziu novas normas jurídicas no mundo do trabalho como parte das medidas para redução do papel do Estado e diminuição dos gastos públicos. Esse cenário favoreceu a desregulamentação das relações de trabalho no setor público. Assim, medidas restritivas para a contratação

de pessoal no setor público, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), resultaram na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados via contratações indiretas (MACHADO ET AL., 2000). É importante destacar que os resultados do PMAQ-AB revelam diferentes cenários para a gestão do trabalho em saúde, inclusive a adoção de variados arranjos para a contratação de profissionais da Atenção Básica.

Plano de carreiras e remuneração variável

Para além da perspectiva de direitos, entende-se que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como

a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação. Estudo realizado por Ney e Rodrigues (2012) em um município de grande porte do estado do Rio de Janeiro identificou que a ausência de planos de carreiras era um dos fatores que levavam à desmotivação e rotatividade dos profissionais atuantes na ESF.

A *tabela 4* traz o panorama dos planos de carreiras nos municípios. Deve-se considerar que os resultados apresentados se referem aos respondentes e não ao conjunto da equipe participante do PMAQ-AB. Nota-se haver correlação positiva entre porte populacional dos municípios e existência de plano de carreira. Em municípios de maior porte, os profissionais foram mais positivos em suas respostas sobre os planos de carreira, enquanto

Tabela 2. Educação permanente dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001- 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais afirmam que no município há ações de educação permanente	1743	67,4	2052	71,3	2779	76,8	1553	83,8	2856	90,1	2973	96,1	13956	81,1
Profissionais afirmam que essas ações contemplam as necessidades de saúde da equipe	1322	75,8	1510	73,6	2060	74,1	1136	73,1	2195	76,9	2343	78,8	10566	75,7
Equipes que participam ou participaram das ações de educação permanente no último ano**:														
Telessaúde	777	30,0	648	22,5	757	20,9	409	22,1	590	18,6	891	28,8	4072	23,7
EAD/UNASUS	239	9,2	189	6,6	220	6,1	89	4,8	186	5,9	313	10,1	1236	7,2
RUTE - Rede Universitária de Telemedicina	106	4,1	67	2,3	79	2,2	30	1,6	47	1,5	89	2,9	418	2,4
Cursos presenciais	549	21,2	453	15,7	576	15,9	324	17,5	513	16,2	804	26,0	3219	18,7
Troca de experiência	447	17,3	386	13,4	529	14,6	267	14,4	430	13,6	698	22,6	2757	16,0
Tutoria/preceptoria	77	3,0	70	2,4	140	3,9	51	2,8	198	6,2	378	12,2	914	5,3
Segunda opinião formativa	454	17,6	333	11,6	409	11,3	174	9,4	275	8,7	458	14,8	2103	12,2
Telediagnóstico	417	16,1	265	9,2	271	7,5	115	6,2	149	4,7	236	7,6	1453	8,4
Teleconsultoria	546	21,1	366	12,7	412	11,4	183	9,9	202	6,4	402	13,0	2111	12,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

** Na variável, admitiram-se múltiplas respostas

Tabela 3. Formas de contratação e modalidade de vínculos dos profissionais de PMAQ-AB*, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001 - 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalhadores que relatam que têm como agente contratante**:														
Administração direta	2234	89,36	2399	87,6	2966	86,1	1365	79,6	2228	75,0	1510	51,5	12702	77,9
Terceirização	266	10,64	340	12,4	478	13,9	349	20,4	743	25,0	1422	48,5	3598	22,1
Trabalhadores que relatam como vínculo***:														
Servidores públicos statutários	1221	48,2	1040	37,1	1405	39,6	712	48,2	1280	41,1	1409	46,8	7067	42,1
Contrato CLT	409	16,1	579	20,6	738	20,8	347	23,5	881	28,3	1344	44,7	4298	25,6
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação es- pecial (federal, estadual, municipal)	436	17,2	595	21,2	632	17,8	417	28,3	451	14,5	146	4,9	2677	15,9
Contrato temporário por prestação de serviço	395	15,6	509	18,2	681	19,2	280	19,0	324	10,4	97	3,2	2286	13,6
Cargo comissionado	72	2,8	81	2,9	92	2,6	34	2,3	176	5,7	12	0,4	467	2,8

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB = 17.201

** Número de respostas válidas = 16.300, não considerando as possibilidades de respostas: 'outros', 'não sabe /não respondeu' e 'nenhuma das anteriores'.

*** Número de respostas válidas = 16.811, não considerando as possibilidades de respostas: 'outros', 'não sabe /não respondeu' e 'nenhuma das anteriores'.

nos municípios menores, as respostas foram mais negativas para essa questão.

Pode-se afirmar que a incorporação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nos municípios ainda é frágil. No Brasil, apenas 21,1% dos entrevistados referiram possuir plano de carreira. Com relação à remuneração variável, dentre os que afirmaram ter plano de carreira, 80,4% possuem progressão por titulação, 54,9% por avaliação de desempenho e 75,6% por antiguidade. Com relação aos planos, a maior parte deles incorpora a progressão por tempo de serviço e por titulação/formação profissional.

A progressão por Avaliação de Desempenho (AD) ocorre de forma diferente das demais. Além de a média nacional ser inferior (54,9%), nota-se que a maior incorporação da AD ocorre principalmente nos municípios acima de 500 mil habitantes (71,0%). A diferença é significativa entre os portes populacionais; por exemplo, nos municípios com até 10.000

habitantes, os percentuais de incorporação de AD são de 30,3%. Tal resultado fornece pistas de que há maiores dificuldades de implantação de planos de carreira em municípios de menor porte populacional.

Deve-se considerar que algumas iniciativas e programas têm sido implementados com vistas ao fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, dentre os quais se ressaltam o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e as Diretrizes Nacionais para a elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. No entanto, como mostram os resultados, são muitos os desafios a se enfrentar no âmbito da gestão do trabalho na Atenção Básica.

No que se refere ao DesprecarizaSUS, este é um programa que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no Sistema Único de Saúde. Pierantoni *et al.* (2008) evidenciaram a baixa

capilaridade, desconhecimento e baixa adesão dessa iniciativa nas secretarias de saúde.

Com relação às Diretrizes Nacionais do Plano de Carreiras, dentre as propostas de intervenção estão ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores estaduais e municipais sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos. Contudo, a implantação de planos de carreira em muitos municípios esbarra em questões como impacto financeiro e restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Questões como multiplicidade de vínculos e alta rotatividade dos profissionais nos vários municípios trazem desafios importantes para a gestão do trabalho da Atenção Básica no SUS no que diz respeito aos princípios da equidade.

Considerações finais

De acordo com os resultados, foi possível fazer uma aproximação do cenário da gestão do trabalho nas equipes participantes do

PMAQ-AB no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira.

No que tange ao instrumento de coleta de dados, é importante ter clareza das limitações que esse impõe especialmente para a discussão de formação desses profissionais. Em outras palavras, é impreciso o quanto essa formação complementar pode resultar em uma melhor prática profissional na Atenção Básica, por questões já discutidas anteriormente.

Cabe assim, uma sugestão para revisão deste item no questionário incorporando, por exemplo, a padronização do preenchimento para as áreas referidas para o *strictu sensu* e para o *lato sensu*. É preciso também poder identificar as múltiplas respostas para não superestimar os dados.

Os dados analisados mostram que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de Atenção Básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as

Tabela 4. Plano de carreira e remuneração variável dos profissionais participantes* do PMAQ-AB, por porte populacional

	Até 10.000 hab		10.001 - 20.000 hab		20.001 - 50.000 hab		50.001- 100.000 hab		100.001 - 500.000 hab		500.001 hab ou mais		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Profissionais possuem plano de carreira	379	14,7	261	9,1	419	11,6	346	18,7	723	22,8	1497	48,4	3625	21,1
Profissionais têm incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho	301	11,6	379	13,2	563	15,6	401	21,6	662	20,9	1094	35,3	3400	19,8
Profissionais possuem no plano de carreira**:														
Progressão por antiguidade	282	74,4	197	75,5	313	74,7	255	73,7	554	76,6	1138	76	2739	75,6
Progressão segundo avaliação de desempenho ou desenvolvimento	115	30,3	99	37,9	189	45,1	170	49,1	355	49,1	1063	71,0	1991	54,9
Progressão por titulação e formação profissional	260	68,6	202	77,4	319	76,1	276	79,8	605	83,7	1253	83,7	2915	80,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012b

* Número de profissionais participantes do PMAQ-AB: 17201

** Número de profissionais com plano de carreira: 3625. Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

múltiplas tarefas que exerce na AB, no sentido de se ampliar a reflexão do quanto essa condição tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe.

Em relação à formação e qualificação dos profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas), os resultados revelam a necessidade de maior distribuição e oferta de especializações e residências voltadas para atuação na Atenção Básica. Essa tendência pode ser melhor direcionada a municípios de menor porte, cabendo uma reflexão acerca da importância de maior oferta desses cursos no interior e em municípios de menor porte populacional, em especial aqueles localizados em áreas remotas e de difícil conexão com os eixos onde se concentram os principais centros formadores do país. Algumas estratégias para esses municípios pode ser a oferta de cursos na modalidade do ensino em distância, a criação de condições de melhoria da infraestrutura, visando a um maior incremento das ferramentas do Telessaúde. A ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para dificuldades de manutenção e desmotivação dos profissionais na AB.

Em contrapartida, as ações de educação permanente, embora sejam ofertadas pelos municípios, indicam a baixa participação dos profissionais nesses espaços, indicando, assim, a relevância de se investir em iniciativas que fortaleçam a participação e o comprometimento de forma articulada, também, com os interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores.

Os dados analisados neste estudo mostram a importância de se continuar empenhando esforços para a despreciação dos vínculos de trabalho, com destaque para a pluralidade de formas de vínculos na Atenção Básica. Além disso, a temporalidade do contrato de trabalho pode incidir diretamente na decisão do profissional de se desvincular para aceitar outras propostas que possam lhe parecer mais favoráveis do ponto de vista das condições de trabalho, do projeto de vida e de expectativas profissionais que os trabalhadores constroem para si, além do rendimento financeiro.

A gestão do trabalho em saúde pressupõe a garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como PCCS; vínculos com proteção social; espaços para discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, como as mesas de negociação permanente, bem como a capacitação e educação permanente.

Nesse sentido, programas e iniciativas têm sido impulsionados com vistas a apoiar os municípios a superarem tais desafios. Os municípios, por sua vez, possuem papel central na condução e gestão da Atenção Básica. Assim, em que medida se podem aproximar essas iniciativas federais das realidades (tão díspares) dos diversos municípios brasileiros? De fato, é um desafio para a gestão do trabalho.

Sugere-se que outros estudos possam aprofundar o objeto aqui proposto, contribuindo com novos subsídios para o fortalecimento da gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde. ■

Referências

- ARAUJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. *Cad. RH Saúde*, Brasília, v.3, p.163-173, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil*: relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Precarização e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jul.2011a. Seção I, p. 79.
- _____. Seminário Nacional sobre Política de Despreciação das Relações de Trabalho no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório*. Brasília, 2003. Mimeo.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Demografia médica no Brasil*. vol. 2. São Paulo, 2013.
- DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. Acesso em: 21 jan. 2014.
- CASTRO FILHO, E. D. et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a ESF: proposta de especialização em larga escala, via educação à distância. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v.3, n. 11, p. 199-209, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/default_indicadores_sociais_municipais.shtm>. Acesso em: 08 nov. 2013.
- LACAZ, F. A. C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnólogo em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.253-263, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200005>. Acesso em: 09 ago. 2013.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, D. C. E.; SUÁREZ, J. M. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 257-284, 2005.
- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S. *Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil*: relatório final. Brasília, Ministério da Saúde. 2000.
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>>. Acesso em: 14 nov. 2013.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.4, n.32, p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, R.P. *A regulação dos vínculos de trabalho no SUS*. Brasília, 1999. Mimeo.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 685-704, 2008.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 341-360, 2001.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev. Bras. de Enfermagem*, Brasília, v.53, n.2, p. 251-263, 2000.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal

Availability of medicines in primary health care facilities and related factors: a cross sectional approach

Luiz Villarinho Mendes¹, Mônica Rodrigues Campos², Gabriela Costa Chaves³, Rondineli Mendes da Silva⁴, Paula da Silva Freitas⁵, Karen Sarmento Costa⁶, Vera Lucia Luiza⁷

¹Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador colaborador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luizvillarinho@gmail.com

²Doutora em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. monicarodriguescampos@gmail.com

³Doutoranda em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisador assistente da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gabicostachaves@ensp.fiocruz.br

⁴Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Analista em gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rondinelisilva@ensp.fiocruz.br

RESUMO Este estudo objetivou a caracterização da disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil e a identificação de fatores organizacionais a ela associados, utilizando banco de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O desfecho relacionado à disponibilidade de medicamentos, expresso de três diferentes formas, foi explorado em relação a variáveis explicativas relacionadas a características da UBS e à assistência farmacêutica. Encontrou-se disponibilidade média de 58,5%, que foi também baixa em todos os estratos populacionais; houve associação estatisticamente significativa da variável desfecho com todas as explicativas. Foi baixa a disponibilidade de medicamentos, mostrando-se inversamente associada com a organização geral da unidade de saúde em geral e da assistência farmacêutica em particular.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Assistência farmacêutica; Avaliação de medicamentos; Política nacional de medicamentos; Avaliação em saúde.

ABSTRACT The study aimed to characterize the availability of medicines in public Primary Health Care facilities in Brazil and to identify its related organizational factors. Using data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) were used. The outcome related to the availability of medicine, expressed in three different ways, was explored in relation to explanatory variables concerned to health facilities and pharmaceutical services organizational characteristics. We found an average of 58,5% of availability, which was also low in all population strata; there was a statistically significant association of the outcome variable with all the explanatory ones. The availability of medicine was low and inversely associated to the general organization of the health facility in general and to the pharmaceutical services.

KEYWORDS Primary Health Care; Pharmaceutical service; Drug evaluation; National drug policy; Health evaluation.

Introdução

A Atenção Básica (AB), em consonância com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se consolidando como principal estratégia do Estado brasileiro para reorientação da política de saúde no país, atuando como coordenadora do cuidado e eixo ordenador de toda a rede de atenção à saúde. Por meio da implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, e de sua posterior expansão, com a agora chamada Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliou-se o acesso da população ao sistema público de saúde (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

A consolidação da ESF trouxe diversos desafios para o SUS, entre eles a qualificação das equipes, a resolubilidade da atenção e a necessidade de articulação efetiva da Atenção Básica com os demais níveis de organização do sistema (ESCOREL *ET AL.*, 2007).

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF), na última década, sofreu importantes mudanças no marco legal, arcabouço institucional e em sua organização. Tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998A) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004) têm como um de seus objetivos centrais assegurar o acesso aos medicamentos à população. Uma das estratégias foi a definição dos municípios como os principais responsáveis na provisão desses produtos no contexto da AB, trazendo-lhes novos desafios de gestão (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O acesso a medicamentos tem sido compreendido a partir do equilíbrio entre quatro dimensões — disponibilidade, capacidade aquisitiva, aceitabilidade e acessibilidade geográfica, cujas barreiras se apresentam tanto na perspectiva da oferta quanto da demanda (BIGDELI *ET AL.*, 2013; PETERS *ET AL.*, 2008), sendo as duas primeiras mais frequentemente abordadas nas medidas de acesso no nível internacional (CAMERON, 2013; HELFER *ET AL.*, 2012; NUNAN; DUKE, 2011; WHO, 2011). No Brasil, os modelos teóricos desenvolvidos apresentam variações tanto nos

componentes valorizados quanto nas dimensões exploradas (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OLIVEIRA *ET AL.*, 2002; OSORIO-DE-CASTRO *ET AL.*, 2009).

A disponibilidade de medicamentos de qualidade pode ser entendida como o resultado de atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica. Cabe ressaltar que vem se afirmando nos discursos oficiais tanto brasileiros (BRASIL, 2004) quanto internacionais (OPS, 2013) a importância de uma assistência farmacêutica plena, integrada à AB, com enfoque não apenas em seus componentes técnico-gerenciais, mas também nos técnico-assistenciais (BRASIL, 2009B; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; PINHEIRO, 2010), de modo a promover o uso apropriado de medicamentos, fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolubilidade das ações em saúde.

Entretanto, uma logística adequada que disponibilize medicamentos de qualidade para a população é etapa crítica de todo processo. A revisão da literatura brasileira sobre este tema encontrou que, desde a aprovação da PNM e a descentralização da AF, apenas um estudo de abrangência nacional foi realizado (OPAS; BRASIL, 2005), identificando disponibilidade média relativamente baixa dos medicamentos-chave investigados (73%). No entanto, cabe ressaltar que nesse estudo apenas foram verificadas trinta unidades públicas de saúde, no conjunto das cinco regiões do país, o que pode lançar questionamentos quanto à representatividade nacional dos resultados. Outros estudos foram conduzidos com abordagens localizadas, apresentando variações nos resultados encontrados, alguns com disponibilidade acima de 80% (ESPÍRITO SANTO, 2007; LUIZA *ET AL.*, 2006) e outros abaixo desse percentual (GUERRA JUNIOR *ET AL.*, 2004; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2011; SEVERINO, 2011; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; SUÁREZ-MUTIS *ET AL.*, 2011).

Uma relevante oportunidade para se traçar o atual panorama da disponibilidade

⁵Graduada em Farmácia pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Nilópolis (RJ), Brasil.
paulinhasfreitas@gmail.com

⁶Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
karen.costa@gmail.com

⁷Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
negritudesenior@gmail.com

de medicamentos na AB surge com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, no âmbito da estratégia 'Saúde Mais Perto de Você'. O PMAQ-AB tem como objetivo aprimorar a qualidade da Atenção Básica por meio de ciclos contínuos de avaliação compostos de quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A avaliação externa realizada no primeiro ciclo do programa, em 2012, além de certificar as equipes de ESF que aderiram ao programa, realizou um censo de todas as UBS do país, no qual foi incluído um conjunto de indicadores dedicados à avaliação de aspectos da assistência farmacêutica, principalmente quanto à disponibilidade de medicamentos.

O presente estudo objetiva caracterizar, com base nos dados do PMAQ-AB, a disponibilidade de medicamentos nas UBS do Brasil e identificar fatores organizacionais associados a essa dimensão do acesso a medicamentos.

Métodos

O presente artigo tem como fonte a base de dados proveniente do primeiro ciclo do componente de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado no período de junho a setembro de 2012, cujo instrumento consistiu em quatro módulos (BRASIL, 2013B). O primeiro abordou aspectos relacionados às condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos das UBS, por meio de observação direta dos pesquisadores de campo, tendo sido planejado para aplicação em todas as UBS do país (censo). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foram contabilizadas 43.947 UBS no país; entretanto o banco de dados contém informação de 38.812 UBS correspondendo a 88,3% do previsto inicialmente. Os segundo e terceiro módulos envolveram entrevistas,

respectivamente, com os profissionais e usuários das equipes da ESF, tendo sido aplicados unicamente às equipes que aderiram ao PMAQ-AB, correspondendo a 35,7% das UBS visitadas. A listagem inicial fornecida pelo MS contabilizava um total de 17.304 equipes aderidas ao programa (aproximadamente 51% das equipes de ESF existentes no país em 2012); a avaliação externa foi realizada para 17.202 dessas (99,4%). Já o quarto módulo consistiu de formulário eletrônico preenchido pela gestão municipal de saúde, após a realização do campo. No presente estudo foram utilizados dados oriundos do primeiro e segundo módulos.

A eleição das variáveis de interesse foi feita tomando-se como base o modelo lógico (*figura 1*) construído especificamente para essa finalidade, com base em estudos anteriores (COSENDEY; HARTZ; BERMUDEZ, 2003; OLIVEIRA ET AL., 2002; OSORIO-DE-CASTRO ET AL., 2009). A unidade de análise foi a UBS, o que significou que a construção dos indicadores envolveu agregação de questões do segundo módulo do instrumento aplicado aos profissionais das equipes da ESF. Nesses casos, foram considerados como respostas positivas apenas quando houve unanimidade favorável entre todas as ESF de uma mesma UBS.

Como variáveis explicativas nesta investigação, foram consideradas as seguintes características das UBS: porte populacional do município ao qual a UBS era pertencente, classificação do tipo de unidade segundo o CNES (BRASIL, 2014), presença de ESF, adesão de ESF ao PMAQ-AB; e aspectos relacionados à AF: dispensação de fitoterápicos e psicotrópicos, existência de ar condicionado e geladeiras específicas para farmácia, existência de sala de estocagem de medicamentos, apoio matricial de profissional farmacêutico e percepção dos profissionais de saúde da ESF quanto à adequação da disponibilidade (*tabela 1*).

As variáveis desfecho referem-se à disponibilidade de medicamentos, cujos critérios metodológicos para sua construção foram:

Tabela 1. Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) investigadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Variáveis	Categoria	N	%
Características gerais			
UBS visitadas	-	38.812	100
Classificação do tipo das UBS segundo critério CNES (N total=38.812)	Posto de Saúde	10.457	27
	Centro de saúde/UBS	24.728	63,7
	Outras	3.614	9,3
UBS com ESF (N total=38.812)	-	20.796	53,6
Número médio de ESF por UBS (N total=20.796)	-	-	1,27
UBS com ESF que aderiram ao PMAQ-AB (N total=38.812)	-	13.843	35,7
Aspectos relacionados à assistência farmacêutica			
UBS que dispensavam medicamentos (N total=38.812) * 1	-	29.228	75,3
UBS que dispensavam psicotrópicos (N total=38.812) * 1	-	2.221	5,7
UBS que dispensavam fitoterápicos (N total=38.812) * 1	-	2.276	5,9
UBS em que profissionais das ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender a sua população (N total 11.144) ** 2	-	8.230	73,9
UBS com ar condicionado na farmácia (N total=29.228) * 3	-	5.035	17,3
UBS com geladeira para farmácia (N total=29.228) * 3	-	7.303	25,0
UBS com sala de estocagem para medicamentos *3 (N total=29.228) 1	-	5.823	20,0
UBS contava com apoio matricial de farmacêutico (N total=11.144) ** 4	-	2238	20,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos

** Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das unidades com equipes de SF que aderiram ao PMAQ-AB e que dispensavam medicamentos. Foram considerados como respostas positivas apenas caso esta fosse unanimidade entre todas as ESF de uma mesma UBS.

¹Correspondente à categoria “medicamentos disponíveis” do modelo lógico (figura 1)

²Correspondente à categoria “medicamentos adequados à demanda de saúde disponíveis” do modelo lógico (figura 1)

³Correspondente à categoria “infraestrutura para armazenamento e dispensação de medicamentos” do modelo lógico (figura 1)

⁴Correspondente à categoria “recursos humanos” do modelo lógico (figura 1)

1) Definiu-se, por consenso de especialistas, um subconjunto de 56 dos 106 medicamentos verificados no PMAQ-AB, aqui designados como “medicamentos-chave”, todos constantes do elenco de

referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica na época da pesquisa (BRASIL, 2010A) e distribuídos em doze grupos farmacológicos¹. O critério principal para seleção dos

medicamentos-chave foi a indicação destes para condições de importância epidemiológica em todo o país, tratáveis na AB, devendo, portanto, estar presentes em qualquer tipo de unidade básica, com prescritor autorizado presente.

- 2) A disponibilidade dos medicamentos apenas foi analisada entre as UBS que referiram realizar dispensação de medicamentos (n= 29.228).
- 3) Conforme procedimento definido pelo PMAQ-AB, o medicamento foi considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, verificado por observação direta do pesquisador de campo. Para os medicamentos psicotrópicos, a disponibilidade apenas foi calculada para municípios que não centralizavam a dispensação desses e em UBS onde havia disponível ao menos um medicamento deste grupo.

Por fim, a disponibilidade dos medicamentos foi expressa de três maneiras:

- 1) Proporção de UBS com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos: foi calculada a proporção de UBS com disponibilidade simultânea de todos os medicamentos pertencentes a cada um dos doze grupos farmacológicos, ou seja, a proporção de unidades de saúde que dispunham de todos os medicamentos-chave dentro dos grupos farmacológicos considerados.
- 2) Disponibilidade média de medicamentos: foi calculada a proporção média de medicamentos-chave disponíveis dentro de cada grupo farmacológico, ou seja, a média da razão entre o número de medicamentos disponíveis e o total de medicamentos verificados no grupo farmacológico.

- 3) UBS com disponibilidade $\geq 80\%$: a partir do segundo conjunto de indicadores, foi calculada a proporção de UBS com disponibilidade média de medicamentos-chave maior ou igual a 80% (sim ou não). Este ponto de corte teve como base a proposta da OMS para disponibilidade adequada na Atenção Básica em Saúde (WHO, 2008).

O tratamento estatístico dos dados consistiu de análise uni, bi e multivariada, realizadas no programa SPSS V.20.0. A análise do conjunto de indicadores 'Proporção de UBS com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos' (categóricos) contou com teste qui-quadrado *linear by linear* (segundo estratificação por porte populacional) e qui-quadrado (demais variáveis independentes). O segundo conjunto de indicadores denominado 'Disponibilidade média de medicamentos' (contínuo) teve sua associação com o porte populacional avaliada por meio do teste ANOVA e com as demais variáveis por meio do teste t de *student*. Por fim, a análise do indicador "UBS com disponibilidade $\geq 80\%$ " contou com teste qui-quadrado e a razão de chances 'bruta' (OR), com respectivo intervalo de confiança. Todos os testes foram realizados ao nível de significância de 5%. Os subconjuntos amostrais utilizados na análise bivariada com este indicador se alteraram de acordo com a natureza da variável independente: se relativas ao primeiro módulo (censo, n=38.812) ou ao segundo (UBS com ESF que aderiram ao PMAQ-AB, n=13.843).

Por fim, as variáveis independentes, explicativas, correspondentes ao censo e estatisticamente associadas, ao nível de 95% de confiança, deram origem ao modelo de regressão logística, para o qual foi utilizado o método *stepwise backward*, ao nível de significância de 5%, com probabilidade de entrada de 0,20 e de saída de 0,10. São apresentadas suas respectivas proporções de classificação total do modelo logístico - (PCT - *Overall*), razões de chance ajustadas (ORAJ) e respectivos intervalos de confiança de 95%.

¹ Antiparasitários (n=5: Albendazol, Espiramicina, Mebendazol, Metronidazol + Teclozana, Permetrina); Antianêmicos/ vitaminas/ sais minerais (n=3: Ácido fólico, Sais para reidratação oral, Sulfato ferroso); Antiasmáticos (n=4: Dipropionato de Beclometasona, Fenoterol, Prednisona, Sulfato de Salbutamol); Contraceptivos/ hormônios sexuais (n=3: Etinilestradiol + levonorgestrel, Acetato de Medroxiprogesterona, Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol); Anti-hipertensivos (n=5: Besilato de Anlodipino, Atenolol, Captopril, Maleato de Enalapril, Hidroclorotiazida); Cardiológicos (n=3: Ácido acetilsalicílico, Propranolol, Cloridrato de Sinvastatina); Antidiabéticos (n=4: Glibenclamida, Insulina NPH, Insulina regular, Cloridrato de Metformina); Anti-infecciosos (n=15: Amoxicilina + clavulanato de potássio, Azitromicina, Benzilpenicilina benzatina, Cefalexina, Cloridrato de Ciprofloxacino, Claritromicina, Cloridrato de Clindamicina, Estearato de Eritromicina, Fluconazol, Sulfato de Gentamicina, Nitrato de Miconazol, Nistatina, Sulfadiazina, Sulfametoxazol + trimetopriman); Analgésicos/ antipiréticos (n=2: Ibuprofeno, Paracetamol); Antiácidos/ Antieméticos/ Antisecretores (n=3: Metoclopramida, cloridrato de Omeprazol, Cloridrato de Ranitidina); Psicotrópicos (n=2: Diazepam, Fenobarbital); e Fitoterápicos (n=8: Aroeira, Cáscara-sagrada, Espinheira Santa, Garra do diabo, Guaco, Isoflavona de soja, Unha de gato).

Resultados

Caracterização das UBS

Das 38.812 UBS analisadas, 75,3% dispensavam algum tipo de medicamento, 5,7% dispensavam psicotrópicos e 5,9% fitoterápicos (*tabela 1*). Quanto ao tipo dessas unidades, 63,7% foram classificadas como centro de saúde, 27,0% como posto de saúde e 9,3% alocaram-se na categoria 'outras', segundo definição do CNES. A presença de equipes da ESF foi identificada em 53,6% das UBS, nas quais o número médio foi de 1,27 equipes.

Quanto às características estruturais relacionadas à AF, 25,0% e 17,3% das UBS contavam, respectivamente, com geladeira e ar condicionado nas farmácias; e 20,0% e 20,1% das UBS contavam com sala de estocagem de medicamentos e apoio matricial de farmacêutico. Em 73,9% das UBS que aderiram ao PMAQ-AB, os profissionais das equipes de ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender sua população (*tabela 1*). A proporção de UBS que dispensava medicamentos variou de 64,7% nos municípios com menos de 10 mil habitantes a 89,2% nos acima de 500 mil, ainda que a relação UBS por população tenha variado na proporção inversa (*tabela 2*).

Proporção de unidades básicas de saúde com disponibilidade total segundo grupos farmacológicos

Com exceção dos anti-hipertensivos, todos os demais grupos farmacológicos apresentaram crescimento linear, no teste qui-quadrado *linear by linear*, em relação ao porte populacional ($p=0,000$), apontando para o cenário de maior proporção de UBS com disponibilidade total conforme aumento do porte populacional.

A proporção de UBS com disponibilidade total foi maior nos municípios com mais de 500 mil habitantes em relação àqueles menores de 10 mil para os grupos de contraceptivos (53,5% vs 29,5%), antiparasitários (14,6% vs 3,3%), antiasmáticos (34,6% vs 18,9%), antidiabéticos (53,5% vs 41,3%), anti-infecciosos (2,0% vs 1,1%) e psicotrópicos (52,0% vs 42,7%). Considerando os extremos do porte populacional, o grupo farmacológico que apresentou maior variação na disponibilidade total foi o dos psicotrópicos (10,4% a 52,0%; $\Delta=41,6\%$) e o de menor foi o dos anti-infecciosos (0,3% a 2,0%; $\Delta=1,7\%$).

No entanto, vale notar importantes variações. A evolução dessa proporção não é gradativa de acordo com o porte populacional.

Tabela 2. Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) investigadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo estrato populacional do município

Estrato populacional (habitantes)	Total de municípios	Total de habitantes	UBS	UBS / 10.000 habitantes	UBS que dispensam	% de UBS que dispensam	UBS que dispensam / 10.000 habitantes	UBS que dispensam psicotrópicos	% de UBS que dispensam psicotrópicos	UBS que dispensam fitoterápicos	% de UBS que dispensam fitoterápicos
Até 10 mil	2.493	12.838.821	6.120	4,8	3.958	64,7	3,1	419	6,8	342	5,6
10 - 20 mil	1.400	19.738.829	7.719	3,9	5.208	67,5	2,6	344	4,5	346	4,5
20 - 50 mil	1.042	31.353.194	9.759	3,1	7.354	75,4	2,4	342	3,5	448	4,6
50 - 100 mil	325	22.384.297	5.116	2,3	4.003	78,2	1,8	110	2,2	258	5,0
100 - 500 mil	245	48.788.676	6.505	1,3	5.499	84,5	1,1	321	4,9	545	8,4
+500 mil	38	58.572.721	3.593	0,6	3.206	89,2	0,6	685	19,1	337	9,4
Geral	5.543	193.676.537	38.812	2,0	29.228	75,3	1,5	2.221	5,7	2.276	5,9

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

A proporção de UBS com disponibilidade total dos medicamentos identificada nos municípios de menos de 10 mil habitantes apenas foi superada a partir daqueles acima de 50 mil habitantes para o grupo dos contraceptivos (32,9%); a partir dos municípios acima de 100 mil habitantes para os grupos dos antiparasitários (4,0%) e antiasmáticos (21,1%) e unicamente nos municípios acima de 500 mil habitantes para os grupos dos antidiabéticos, anti-infecciosos e psicotrópicos. Ou seja, a disponibilidade total segundo grupos farmacológicos foi maior em municípios com menos de 10 mil habitantes do que naqueles de 10 a 50 mil.

Já a proporção de UBS com disponibilidade total dos analgésicos, fitoterápicos, anti-hipertensivos, cardiológicos e antiácidos não aumentou de acordo com o porte populacional. Nos dois primeiros, a disponibilidade identificada foi bem semelhante nos municípios com menos de 10 e mais de 500 mil habitantes (62,6% vs 62,7% e 0,7% vs 0,8% respectivamente), enquanto que nos três últimos houve inclusive uma redução da disponibilidade nos municípios acima de 500 mil habitantes (51,4% vs 49,9%; 54,4% vs 45,6% e 42,2% vs 29,2%, respectivamente). A disponibilidade do grupo dos antianêmicos/vitaminas/sais minerais, apesar de ter apresentado crescimento razoavelmente continuado de acordo com o porte populacional, atingiu seu auge nos municípios de até 500 mil habitantes (71,9%), reduzindo nos municípios com mais de 500 mil habitantes (63,8%) para proporção inferior à identificada nos municípios com menos de 10 mil (64,9%).

Na estratificação por tipo de UBS, a disponibilidade total para todos os grupos de medicamentos mostrou-se mais elevada nos centros de saúde/UBS comparativamente aos postos de saúde e às unidades definidas como 'outras'. Exceção feita para o grupo dos fitoterápicos que mostrou disponibilidade total igual entre centros de saúde e unidades definidas como 'outras'. Tanto no posto quanto no centro de saúde, as menores

disponibilidades foram dos fitoterápicos e a maior dos antianêmicos/vitaminas e sais minerais. Na categoria 'outras', a menor e a maior disponibilidade referiram-se, respectivamente, aos anti-infecciosos e analgésicos.

Os grupos de medicamentos com maior disponibilidade, independente do porte e do tipo de UBS, foram os antianêmicos (65,9%) e analgésicos (61,5%). Já os de menor disponibilidade foram os fitoterápicos (0,8%), os anti-infecciosos (0,8%), e os antiparasitários (4,3%). Para esses dois últimos grupos vale ressaltar que alguns medicamentos específicos acarretaram queda acentuada na média do grupo como um todo. É o caso da clindamicina, constante no grupo dos antimicrobianos, apenas disponível em 5,1% das UBS; e da espiramicina, parte do grupo dos antiparasitários, cuja disponibilidade foi constatada em apenas 5,8% das UBS.

Disponibilidade média de medicamentos

A disponibilidade média dos medicamentos-chave incluindo os fitoterápicos foi de 44,9% e, sem estes, foi um pouco maior: 58,5%. Em ambos os conjuntos de medicamentos-chave, a disponibilidade média nos municípios com menos de 10 mil habitantes foi, de uma maneira geral, superior à identificada nos municípios de 20 a 100 mil habitantes (*tabela 3*).

Disponibilidade $\geq$ 80%

Associaram-se à maior chance de disponibilidade de medicamentos-chave (acima de 80% para o conjunto de 56 medicamentos-chave considerados na investigação) aquelas unidades com indicativos de assistência farmacêutica melhor organizada, ou seja, que contavam com apoio matricial de farmacêutico ($p=0,000$; OR= 1,23), dispensação de psicotrópicos ($p=0,000$; ORAJ=4,69) e fitoterápicos ($p=0,000$; ORAJ=3,95); e melhor armazenamento dos medicamentos, com

presença de geladeira ($p=0,000$; ORAJ=7,26) e ar condicionado ($p=0,000$; ORAJ=3,19) na farmácia e sala de estocagem de medicamentos ($p=0,000$; ORAJ=4,23). A percepção positiva dos profissionais de saúde das ESF quanto à disponibilidade dos medicamentos também foi estatisticamente significativa ($p=0,000$; OR=1,74). Quanto às características das UBS, chama a atenção ter sido maior a chance de disponibilidade elevada de medicamentos-chave entre as UBS com presença de ESF ($p=0,000$; ORAJ=1,23) e maior ainda naquelas com ESF que aderiram ao PMAQ-AB ($p=0,000$; ORAJ=1,85) (tabela 4).

Discussão

Ainda que apenas 53,6% das UBS tivessem ESF, com uma média de 1,3 equipes, a magnitude total é ainda importante, de 20.796 unidades.

A prioridade atribuída à ESF precisa materializar-se em ações concretas. Assim, o PMAQ-AB fornece bases para essa programação. No caso da assistência farmacêutica, o farmacêutico é um dos profissionais previstos na equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de tipo 2 (NASF2) (BRASIL, 2010B). As ações logísticas não devem diferir de forma importante entre as UBS convencionais e as da ESF. No entanto, um amplo conjunto de atividades, cuja prática está em construção no país, é esperado desses profissionais no âmbito da ESF. Isto inclui ações intra e extramuros, envolvendo atuação no território, apoio ao cuidado domiciliar, orientação e educação sobre o uso correto de medicamentos; e participação em ações multiprofissionais e intersetoriais em áreas como cultura, educação e lazer. A implementação de tais atividades requer o desenvolvimento de competências ligadas à interação com a comunidade e os Conselhos de Saúde. (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; BRASIL, 2010B; CANABARRO; HAHN, 2009; PINHEIRO, 2010)

Os novos arranjos políticos e organizacionais introduzidos pela Constituição de 1988,

em particular a descentralização da saúde, trouxeram novos desafios aos municípios brasileiros, com impactos diferenciados segundo a capacidade de gestão, sendo esta dependente de outros fatores, como a capacidade de arrecadação, que se expressam no porte populacional (GOMES; SILVA; SILVA, 2005). Assim, é razoável esperar um desempenho diferenciado em saúde em relação ao porte populacional dos municípios onde essas unidades de saúde se localizam. Esse fato tem implicações importantes na implantação da ESF, que encontra maiores dificuldades de expansão nos grandes centros urbanos (HENRIQUE; CALVO, 2009).

No que concerne ao acesso aos medicamentos, o PMAQ-AB permite um panorama das fontes de provisão pública, mostrando que 7,5 em cada dez UBS dispensam medicamentos. Sabe-se que alguns gestores defendem diferentes arranjos para as fontes de provisão. Um deles, adotado, por exemplo, no programa Farmácia de Minas, propõe a regionalização da provisão pública de medicamentos, de maneira a concentrar os investimentos em estruturas adequadas, garantindo a acessibilidade geográfica. Em outros locais, o planejamento organizado não parece ser uma realidade, de maneira que a escassez de pontos de provisão de medicamentos terá impactos em diferentes dimensões do acesso, como a disponibilidade e acessibilidade geográfica.

Visando proporcionar orientação técnica e normativa, o MS definiu diretrizes para organização das farmácias no âmbito do SUS, que foram utilizadas na construção do instrumento de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB (BRASIL, 2009B) no que se refere aos elementos estruturais da assistência farmacêutica, como climatização das áreas de estocagem de medicamentos, existência de geladeiras para preservação dos produtos termolábeis e ambientes adequados para armazenagem. Os resultados evidenciados nesse estudo foram bastante insatisfatórios quanto a esses aspectos, com potencial impacto negativo na qualidade dos produtos e

Tabela 3. Disponibilidade total de medicamentos segundo grupo farmacológico e disponibilidade média de medicamentos estratificados por estrato populacional de município e tipo de unidade básica de saúde (UBS)

	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Tipo de UBS			Total
	Até 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 500	+ de 500	Posto de saúde	Centro de saúde / UBS	Outro(s)	
Disponibilidade total por grupo farmacológico										
Grupo farmacológico (N=29228)	% UBS com disponibilidade total									
Analgésicos/ antipiréticos *&	62,6	58,6	58,8	61,3	66,4	62,7	54,4	64,2	61,4	61,5
Anti-hipertensivos&	51,4	44,8	43,3	44,6	47,8	49,9	38,7	49,3	47,4	46,4
Antiácidos/ Antieméticos/ Antisecretores *&	42,2	35,0	30,6	33,7	39,2	29,2	29,9	36,8	34,0	34,8
Antianêmicos/ vitaminas/sais minerais*&	64,9	65,5	63,0	66,3	71,9	63,8	58,6	69,2	61,3	65,9
Antiasmáticos*&	18,9	11,5	11,2	14,7	21,1	34,6	11,1	19,8	14,9	17,2
Antidiabéticos*&	41,3	23,0	19,0	21,4	36,7	53,5	18,4	34,8	28,5	30,2
Anti-infecciosos *&	1,1	0,5	0,3	0,6	1,0	2,0	0,5	1,0	0,5	0,8
Antiparasitário*&	3,3	3,1	2,4	2,6	4,0	14,6	2,5	5,2	3,0	4,3
Cardiológicos*&	54,4	46,3	43,9	46,3	48,7	45,6	40,7	49,6	47,7	47,2
Contraceptivos / hormônios sexuais *&	29,5	28,0	26,9	32,9	44,6	53,5	23,8	39,0	30,4	34,5
Fitoterápicos	0,7	0,0	0,5	0,0	2,0	0,8	0,2	1,0	1,0	0,8
Psicotrópicos*&	42,7	22,1	17,2	10,4	23,3	52,0	14,4	34,1	26,6	28,2
Disponibilidade média de medicamentos-chave										
Tipo de produto	Disponibilidade percentual média									
Conjunto dos medicamentos-chave (com fitoterápicos)*&	57,9	52,7	51,6	54,1	59,9	67,2	49,1	59,1	52,2	56,1
Conjunto dos medicamentos-chave (sem fitoterápicos) *&	59,9	54,9	53,8	56,7	63,0	69,8	51,2	61,7	54,2	58,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

*p=0,000 no teste qui-quadrado linear by linear para estrato populacional

&p=0,000 no teste qui-quadrado para tipo de UBS

serviços prestados, bem como em aspectos da segurança dos pacientes. Na perspectiva de melhora desse cenário, vale ressaltar a existência de mecanismos específicos para investimento em estrutura da AF pelos municípios (BRASIL, 2009B; 2013A).

Foi baixa a proporção de unidades com disponibilidade total dos medicamentos-chave em todos os grupos farmacológicos, ainda que com gradiente variável a depender do porte populacional e do próprio grupo farmacológico. O desempenho foi melhor em alguns

grupos, como os antianêmicos/vitaminas/sais minerais que, à exceção dos produtos para abordagem da anemia ferropriva em grávidas e crianças, não contêm medicamentos de impacto epidemiológico relevante (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2012). O mesmo foi observado para o grupo dos analgésicos. Seria importante esclarecer se as diferenças das esferas de governo responsáveis pelo financiamento/aquisição/distribuição poderiam explicar as diferenças de disponibilidade entre os grupos farmacológicos. No entanto, não se conseguiu observar comportamento relevante

em decorrência desses mecanismos. A maioria dos itens providos na AB é de responsabilidade municipal. Porém, há exceções, como os contraceptivos e insulina, financiados e adquiridos pelo governo federal, e os anti-hipertensivos, antidiabéticos orais e antiasmáticos, que são gratuitamente providos pelo programa “Saúde Não Tem Preço”, em fase inicial de implantação no momento da coleta de dados.

O melhor desempenho dos centros de saúde em relação aos postos e outros tipos de unidade é coerente com seu perfil de maior porte em termos de recursos humanos,

Tabela 4. Fatores associados à disponibilidade de medicamentos em unidades básica de saúde (UBS) que os dispensam

Indicadores	UBS	Disponibilidade total >= 80% (PCT1:79,7%)							
		Sim		OR (IC 95%) 3			ORAJ (IC 95%)4		
		N	%	OR	Limite Inferior	Limite Superior	OR	Limite Inferior	Limite Superior
1)UBS com equipe de ESF*2	29228	2858	9,8	1,23	1,15	1,31	1,14	1,06	1,23
2)UBS com equipe de ESF que aderiu ao PMAQ-AB*2	29228	2416	8,3	1,85	1,74	1,97	1,75	1,63	1,87
3)UBS que dispensavam psicotrópicos*2	29228	966	3,3	4,69	4,29	5,14	3,16	2,85	3,51
4)UBS que dispensavam fitoterápicos*2	29228	906	3,1	3,95	3,61	4,33	3,71	3,34	4,13
5)UBS com ar condicionado na farmácia*2	29133	1622	5,6	3,19	2,98	3,42	1,48	1,36	1,61
6)UBS com geladeira para farmácia*2	29175	2919	10,0	7,26	6,79	7,76	4,57	4,23	4,92
7)UBS com sala de estocagem para medicamentos*2	29134	2066	7,1	4,23	3,96	4,53	2,38	2,20	2,57
8)UBS contava com apoio matricial de farmacêutico*5	11144	550	4,5	1,23	1,10	1,37	-	-	-
9)UBS em que profissionais da ESF referiram receber medicamentos suficientes para atender a sua população*5	11144	1969	17,7	1,74	1,55	1,94	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do primeiro ciclo do componente de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

*p=0,000 no teste qui quadrado

¹ PCT: proporção de classificação total do modelo logístico - Overall

² Foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos

³ Odds Ratio Bruto

⁴ Odds Ratio ajustado por regressão logística apenas para indicadores de 1 a 7 (correspondentes ao Censo)

⁵ Apenas para unidades com equipes da estratégia de saúde da família (ESF) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e que dispensam medicamentos. Foram considerados como respostas positivas apenas caso fosse unanimidade entre todas as ESF de uma mesma UBS.

infraestrutura e serviços oferecidos em relação aos demais (BRASIL, 2006).

A disponibilidade média dos medicamentos-chave foi baixa em todos os estratos populacionais e em todos os tipos de UBS. Ainda que esse resultado expresse uma situação desfavorável, converge com o cenário médio global. Cameron *et al.* (2011) estudaram a disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas e condições agudas em 40 países em desenvolvimento, encontrando disponibilidade média de medicamentos no setor público de 55,9% para situações agudas e 41,6% para doenças crônicas.

A norma vigente à época da coleta de dados (BRASIL, 2010A) estabelecia um elenco de referência nacional do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser adquirido com recursos pactuados, assim como o valor da contrapartida *per capita* mínima sob responsabilidade de cada esfera de governo. O gestor municipal tem preservada sua autonomia para decidir o subconjunto de medicamentos mais adequados ao perfil epidemiológico local, assim como definir outros produtos com cobertura pelo tesouro municipal. Desse modo, ainda que os autores tenham definido, com base na lista de verificação extraída do elenco nacional, os produtos mais relevantes para a média de municípios, não se pode afastar a possibilidade de que a baixa disponibilidade destes tenha sido compensada pela oferta de outros produtos com a mesma indicação definidos pelas esferas municipais.

Os psicotrópicos, com baixa proporção de UBS ofertantes e baixa disponibilidade nas UBS que os ofertam, destinam-se ao tratamento de agravos da saúde mental, problema envolvido em muitas complexidades. Tais problemas, para abordagem adequada, requerem a mobilização de amplo conjunto de ações do sistema de saúde e também inter-setoriais. Outrossim, os medicamentos são aqui recurso fundamental. A grande maioria dos produtos estão sob controle especial por requisito regulatório, exigindo área física protegida para sua armazenagem, além da

obrigatoriedade, sem exceção, de responsabilidade técnica farmacêutica nos locais que os dispensam (BRASIL, 1998B). Uma possibilidade explicativa para os problemas encontrados quanto à baixa oferta e disponibilidade dos psicotrópicos pode estar ligada tanto a dificuldades ou baixa vontade política dos municípios em prover tais condições quanto à relutância dos farmacêuticos em assumir o ônus profissional vinculado à guarda desses produtos. Assim, uma saída para otimizar os recursos seria a centralização da dispensação, o que explicaria o baixo número de unidades ofertantes desses produtos, cabendo melhor investigação de quanto essa medida pode afetar a acessibilidade geográfica.

Os fitoterápicos, igualmente com baixa proporção de UBS ofertantes e baixa disponibilidade nas UBS que os ofertam, merecem acompanhamento nas aplicações consecutivas de inquéritos com a abrangência do PMAQ-AB, sobretudo devido ao fato do Brasil ser um país com política nacional explícita no tema (BRASIL, 2006) e esse grupo de produtos constar formalmente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2012A).

A partir da descentralização da assistência farmacêutica na Atenção Básica, os municípios passaram a arcar, em sua grande maioria, com as etapas de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos para esse nível de atenção à saúde. Essas são atividades para as quais faz-se fundamental o apoio técnico e financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, em especial a regularidade dos repasses financeiros. Os municípios enfrentam distintos problemas (PAULA ET AL., 2009), vários deles vinculados ao porte populacional, a despeito do crescente aumento do financiamento público para os medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2011; 2013). Os menores têm pequena escala de compra, dificultando a negociação dos melhores preços, baixa disponibilidade de recursos humanos capacitados e maiores dificuldades de infraestrutura. Os

maiores lidam com maior pressão da demanda e maior complexidade da rede de saúde.

Os resultados encontrados reforçam a ideia de que a capacidade de gestão é sistêmica. Assim, é coerente que o bom desempenho geral das UBS e da assistência farmacêutica em particular, com estrutura adequada, área de estocagem, ar condicionado e geladeira, estivesse associado à melhor disponibilidade. Esse achado fala a favor do modelo lógico construído, que buscou expressar a relação desses componentes.

Ainda que positiva e significativamente associada à boa disponibilidade, a razão de chance em relação ao apoio matricial do farmacêutico teve baixa magnitude. No entanto, pode aqui ter havido problemas na interpretação do instrumento pelos pesquisadores de campo quanto ao que seria 'apoio matricial de farmacêutico'.

Outras limitações podem ser sinalizadas neste estudo. Se por um lado o módulo 1 do PMAQ-AB foi aplicado no formato de censo, os demais apenas o foram às UBS que aderiram ao PMAQ-AB. É razoável pensar que o fizeram aquelas como melhor organização, o que pode significar que o cenário real dos indicadores dependentes destes módulos seja mais desfavorável no mundo geral. No caso da disponibilidade, da mesma maneira como proposto na metodologia da OMS (WHO, 2007), a presença de uma única unidade do medicamento positiva o achado, mas a depender da quantidade presente não significa um tratamento completo.

Tratou-se da primeira experiência de aplicação do PMAQ-AB, que teve abordagem ampla e diversificada de um abrangente conjunto de questões ligadas à Atenção Básica. No que concerne à AF, não alcançamos analisar os dados do Módulo 4, ainda não disponível no momento da submissão do artigo. Com essas informações, seria possível verificar a disponibilidade frente ao elenco de medicamentos padronizado nos municípios, que pode ter feito a opção por outros medicamentos que não os da lista de referência

nacional. Caberia também analisar se o elenco municipal cobre as necessidades de saúde na Atenção Básica, contando com representantes em todos os grupos farmacológicos.

No modelo lógico utilizado no presente estudo, buscou-se expressar, com base na literatura, os elementos com influência sobre a disponibilidade. A *figura 1* indica, desse conjunto, os poucos que se conseguiu evidenciar com base nos instrumentos aplicados pelo PMAQ-AB. Uma avaliação de caráter tão amplo como o PMAQ-AB não conseguirá detalhar os aspectos de todas as funções importantes da AB. No entanto, dada a relevância da assistência farmacêutica, acreditamos que alguns aspectos, como os estruturais (insumos) e resultados ligados à prescrição/dispensação, poderiam ser incorporados na pesquisa. Outros poderiam ser melhorados, como inclusão da especificação completa dos medicamentos da lista de verificação. Igualmente, as perguntas que investigam a percepção de profissionais e usuários precisam ser validadas e reavaliadas quanto a sua adequação e pertinência.

Conclusões

A maioria das UBS dispensam medicamentos. Porém, a oferta de itens mais específicos, como psicotrópicos e fitoterápicos, foi claramente estrita. O exame da disponibilidade de medicamentos-chave revelou que, a despeito de grandes variações, sobretudo quando considerados os estratos de porte populacional dos municípios, sua presença é restrita, sendo encontrados em sua totalidade em 65,9% das UBS no caso dos antianêmicos e apenas em 4,3% dessas, no caso dos antiparasitários. Cabe ressaltar o caso dos fitoterápicos, presentes em média em apenas 0,8% das UBS, em que pese o país contar com uma política nacional nesse tema. A disponibilidade média de medicamentos ficou abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS. As UBS que reúnem os

principais aspectos *proxi* de uma boa organização geral e dos serviços de farmácia, em específico, foram as que apresentaram a melhor disponibilidade de medicamentos, indicando que estes elementos estão imbricados. ■

Referências

- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a31v16n9.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2014.
- BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2013. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/7/692.full.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- _____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 4217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html>. Acesso em: 24 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM No 2982, de 26 de novembro de 2009a. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 de novembro de 1998a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM No 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

———. Ministério da Saúde. *Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)*: documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

———. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. *Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/manual%20cnes%20atualizado%20em%2010_11_06%2015%20h.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2010.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria No 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1998b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisa-legis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

CAMERON, A. *Understanding access to medicines in low- and middle-income countries through the use of price and availability indicators*. 2013. 256 f. Tese (Doutorado em Farmácia). – Utrecht University, Utrecht, 2013.

CAMERON, A. et al. *The world medicines situation 2011: medicines prices, availability and affordability*. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível

em: <http://www.who.int/entity/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPrising_v6.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 4, p. 345–355, 2009.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*, Ananideua, v. 2, n. 3, p. 41–49, 2011.

COSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395–406, 2003.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164–176, 2007.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria da Saúde do Estado (SESA). Diagnóstico da assistência farmacêutica no setor público e a política farmacêutica do estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 2007.

GOMES, R. C. C.; SILVA, A. B.; SILVA, V. P. Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Cidade do México, v. IX, n. 194, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-194-34.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

GUERRA JUNIOR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 15, n. 3, p. 168–75, 2004.

HELPER, A. P. et al. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 225–232, mar. 2012.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. sup 1, p. 1359–1365, 2009.

LUIZA, V. L. et al. *Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA*: relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH.

Managing Access to Medicines and health Technologies. 3. ed. Arlington: MSH, 2012.

NUNAN, M.; DUKE, T. Effectiveness of pharmacy interventions in improving availability of essential medicines at the primary healthcare level. *Tropical Medicine & International Health*, New York, v. 16, n. 5, p. 647–658, maio 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/78>>. Acesso em: 12 maio 2013.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl 3, p. 3561–3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429–1439, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil*. Brasília: OPAS: MS, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 6).

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2075–2082, 2009.

PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111–1125, 2009.

PETERS, D. H. et al. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v. 1136, n. 1, p. 161–171, 2008.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 15–22, 2010.

SEVERINO, J. M. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça - CE. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 15–20, 2011.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 32, n. 2, p. 65–69, 2012.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Pharmaceutical services for endemic situations in the Brazilian Amazon: organization of services and prescribing practices for *Plasmodium vivax* and *Plasmodium falciparum* non-complicated malaria in high-risk municipalities. *Malaria Journal*, Londres, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906–913, 2011.

_____. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude soc*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73–84, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world medicines situation 2011: medicines prices, availability and affordability*. 3. ed. Geneva: WHO, 2011.

_____. *WHO Medicines Strategy 2008–2013 (Draft)*. Geneva: WHO, 2008.

_____. *WHO operational package for assessing, monitoring and evaluating country pharmaceutical situations: guide for coordinators and data collectors*. Geneva: WHO Press, 2007.

Recebido para publicação em março de 2013

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: Karen Sarmento Costa é Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde. Os demais autores não têm qualquer conflito de interesse.

Suporte financeiro: não houve

Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica

Uses of the planning and self-evaluation in the working processes of Family Health teams in Primary Care

Marly Marques da Cruz¹, Rafaela Barros Chagas de Souza², Raquel Maria Cardoso Torres³, Dolores Maria Franco de Abreu⁴, Ana Cristina Reis⁵, Aline Leal Gonçalves⁶

¹Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marly@ensp.fiocruz.br

²Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rafaelabcs@globo.com

³Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. raquelmct@gmail.com

⁴Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Sanitarista da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. doloresfabreu@hotmail.com

RESUMO: O PMAQ-AB analisou acesso e qualidade das ações de saúde da Atenção Básica tendo como eixos estrutura, processo e satisfação do usuário. O objetivo deste estudo foi caracterizar uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes, identificando potencialidades e fragilidades. Realizou-se estudo seccional com dados coletados na Avaliação Externa cujas variáveis se referem ao planejamento, autoavaliação e apoio institucional. As equipes planejam e autoavaliam suas ações com apoio e acesso a dados produzidos. Contudo, essas práticas se mostram pouco integradas devendo ser aprimoradas para melhor orientar os ajustes no processo de trabalho das equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em saúde; Autoavaliação; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The PMAQ-AB analyzed access and quality of health primary care having axes structure, process and user satisfaction. The aim of this study was to characterize the use of planning and auto evaluation for improving the work process of the teams, identifying strengths and weaknesses. Sectional study was conducted with data collected by the instrument for external evaluation whose variables relate to planning, self-evaluation and institutional support. Teams plan and self-evaluate their actions with support from and access to data produced. However, these practices are very poorly integrated and should be improved as to better guide adjustments in the teams working process.

KEYWORDS: Health planning; Self-assessment; Family Health Strategy; Primary Health Care.

Introdução

A configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro no final dos anos 1980 decorre do processo de construção política e institucional de reorientação do modelo assistencial. Esse modelo teve como principal estratégia a expansão da Atenção Primária à Saúde para a organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 1999). A reorganização da assistência à saúde proposta pelo novo modelo gerou, dentre outras consequências, um movimento de descentralização das ações e a necessidade de se garantir o acesso universal aos serviços de saúde (CRUZ, SANTOS, 2007). Para a operacionalização dessas mudanças, optou-se pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a atuação de forma integrada dos Agentes Comunitários de Saúde no sistema de fluxo de atendimento e nas equipes multiprofissionais. (FONTINELE JUNIOR, 2003; CAVALCANTE ET AL., 2006).

Num contexto marcado pela expansão da cobertura das equipes de Saúde da Família (EqSF) e a exigência por resultados de melhor qualidade, inicia-se o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) na Atenção Básica em Saúde (ABS), com a definição de diferentes iniciativas na gestão governamental (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000; BRASIL, 2005A; CONTANDRIOPOULOS, 2006). A inserção de uma nova cultura avaliativa refere-se, sobretudo, à integração do M&A num sistema organizacional que interliga o desenvolvimento e o fortalecimento de capacidade técnica e das atividades analíticas. Nesse sentido, contribui para a qualificação da atenção à saúde ao promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (HARTZ, 2002; FELISBERTO, 2004).

A Atenção Básica definiu uma política de avaliação que contém um conjunto de atribuições, propósitos e recursos, abordagens, organograma e utilização dos resultados (HARTZ, 2001; BRASIL, 2005A; FELISBERTO ET AL., 2012). Dentre os componentes de M&A foram estabelecidas

estratégias pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), como: a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e, posteriormente, a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), seguido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2005B; BRASIL, 2012). Tais avaliações têm sido tratadas como ferramentas de gestão com potencial para a orientação de melhorias nas ações de saúde da Atenção Básica.

Faria *et al.* (2009) enfatizam que a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação constitui parte central do processo de desenvolvimento social. Entretanto, a dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho em saúde, visto que quanto mais complexo o processo e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Os autores chamam a atenção para o fato que essas são características muito presentes na ABS e na EqSF. Por isso, é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para o uso de instrumentos que possibilitem a reflexão e a transformação do processo de trabalho.

No estudo realizado por Sarti *et al.* (2012) em 46 municípios do Espírito Santo que utilizam a AMAQ da AB foi constatado que as ferramentas de gestão são utilizadas para reorganização do trabalho das equipes, ainda que haja necessidade de seu maior amadurecimento. E, no que diz respeito, à análise da autoavaliação, os autores identificaram problemas no contexto local em relação à articulação das ferramentas de planejamento e ao monitoramento das intervenções como estratégia de melhoria da atenção prestada.

Noutra perspectiva, Kawata *et al.* (2009) afirmam que, após a análise de algumas estratégias de gestão, observa-se incoerência entre o que a EqSF estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, é a utilização de modelo centralizado de gestão e com

⁵ Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Sanitarista da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. anareis@ensp.fiocruz.br

⁶ Mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. leal.aline@gmail.com

ações de planejamento e monitoramento incipientes. Para Abrahão (2007), a dinâmica gerencial no interior dos serviços de saúde desvenda o exercício realizado pelos trabalhadores do espaço próprio de gestão do seu trabalho, sendo, portanto, necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar do ato de cuidar.

O PMAQ-AB, como mais uma das estratégias de M&A, foi estabelecido visando à análise do nível de acesso e qualidade das ações de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2005B; BRASIL, 2012). No âmbito do Programa, foi realizada a Avaliação Externa em todo o território nacional, que contou com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo, dentre elas a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. As equipes de Atenção Básica aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB e contemplaram primordialmente três eixos de avaliação: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2012).

Este estudo teve como objetivo caracterizar o uso do planejamento e da autoavaliação para a melhoria do processo de trabalho das EqSF sob a ótica da organização da Atenção Básica em Saúde (ABS), considerando suas potencialidades e limites. objetivou-se, assim, verificar se houve integração entre planejamento e autoavaliação e o apoio da gestão para tais atividades no processo de trabalho; além de identificar se houve a incorporação do planejamento e da autoavaliação como ferramentas de gestão e dispositivos para o monitoramento da prática cotidiana da Atenção Básica.

A escolha deste foco de investigação se justifica pelo entendimento do planejamento e da autoavaliação como ferramentas estratégicas de gestão para melhoria da qualidade da atenção à saúde e por sua contribuição ao subsídio da reflexão da organização de processos de trabalho complexos (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; KAWATA ET AL., 2009; SARTI ET AL., 2012). Afinal, vislumbra-se, contudo, ressaltar a importância desse processo na compreensão da complementaridade as ações, bem como seu

caráter pedagógico de mediação entre o feito e efeito, de vinculação das escolhas e decisões e de indução para mudanças na cultura institucional (CRUZ, 2011; SANTOS ET AL., 2012).

Materiais e métodos

Trata-se de estudo seccional onde o nível de agregação para análise foi o agrupamento das EqSF do Brasil, segundo municípios organizados por estrato populacional e por região. A análise foi realizada a partir dos dados do PMAQ-AB fornecidos pelo DAB/MS sobre Avaliação Externa.

A coleta dos dados foi feita por meio de instrumento aplicado aos profissionais da atenção primária que compunham as EqSF, organizado em três módulos. Este estudo concentrou-se no Módulo II, referente às entrevistas com profissionais sobre processo de trabalho das equipes, assim como na verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde. Ao todo, foram analisadas 28 perguntas referentes a tal módulo, sendo importante destacar que algumas questões poderiam preencher mais de uma opção, totalizando mais de 100%.

A coleta de dados ocorreu no período entre maio e outubro de 2012. A realização do trabalho de campo contou com a participação de 45 instituições de ensino e pesquisa brasileiras e cada instituição realizou a submissão do projeto de pesquisa. Aos comitês de ética locais. Em se tratando da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), o projeto que deu origem à pesquisa avaliativa foi submetido ao CEP-ENSP e aprovado sob o parecer nº32012, de 6 de junho de 2012.

As variáveis selecionadas para este estudo se referiram às perguntas sobre a dimensão 'Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho' e as subdimensões utilizadas foram: planejamento das atividades, autoavaliação e apoio da gestão. A análise dos dados foi feita por meio de estatística

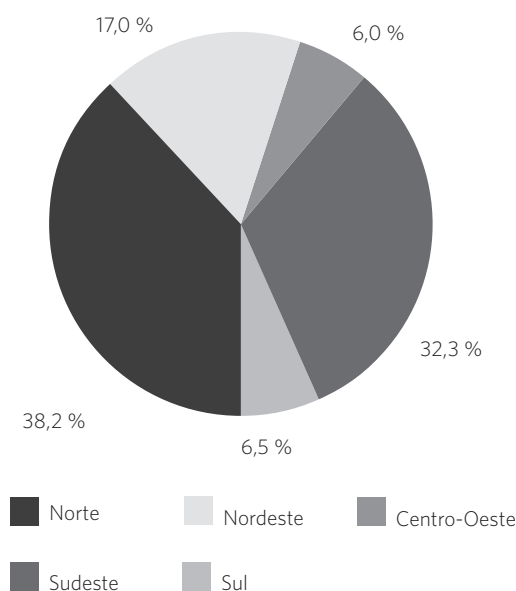
descritiva, com frequências simples das variáveis selecionadas, agrupadas segundo região e população dos municípios participantes do programa. Definiram-se três estratos populacionais, considerando municípios de pequeno porte aqueles com 50.000 hab. ou menos; de médio porte, os de 50.001 a 100.000 hab.; e de grande porte, aqueles com 100.001 hab. ou mais. As análises foram

realizadas por meio do software SPSS for Windows – *Statistical Package for Social Sciences* - versão 17.0.

Resultados

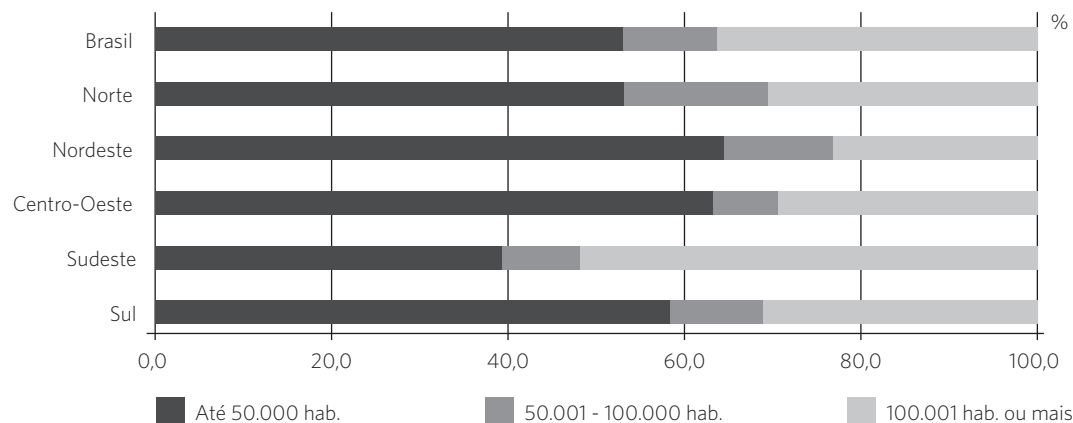
No total, realizou-se 17.202 entrevistas com profissionais de equipes de saúde, distribuídas segundo regiões brasileiras. A maior concentração foi na região Sudeste (38,2%), seguida das regiões Nordeste (32,3%), Sul (17,0%), Centro-Oeste (6,5%) e Norte (6,0%) (gráfico 1). Nas regiões brasileiras, observou-se que somente a região Sudeste tinha maior proporção de equipes (51,9%) atuando em municípios com maior porte populacional (> 100.000 hab.), enquanto as demais regiões apresentaram mais que 50% de equipes atuando em municípios de pequeno porte populacional (gráfico 2). Os resultados são apresentados abaixo segundo as dimensões definidas no estudo.

Gráfico 1. Distribuição proporcional das equipes avaliadas no PMAQ-AB segundo as regiões brasileiras



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Gráfico 2. Distribuição proporcional das equipes avaliadas no PMAQ-AB segundo estrato populacional e região



Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Tabela 1. Atividades de planejamento das equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte			Total	Região Nordeste			Total	Região Sudeste	
	≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -
	50.000 hab.	100.000 hab.	100.001 hab.		50.000 hab.	100.000 hab.	100.001 hab.		50.000 hab.	100.000 hab.
Atividade de planejamento	77,8	77,2	94,3	82,8	87,3	87,3	90,2	88,0	81,7	88,4
Documento que comprove atividade de planejamento	59,5	63,6	72,0	64,5	64,4	72,5	78,4	68,8	70,3	78,1
Levantamento de problemas	85,9	88,4	88,9	87,3	91,1	90,8	93,2	91,6	91,4	94,2
Definição de prioridades	89,1	89,1	94,6	91,1	93,3	91,9	94,4	93,4	91,8	96,3
Definição de plano de ação	82,3	90,6	85,7	84,7	86,8	88,9	91,8	88,3	86,1	90,1
Reunião de equipe	97,3	97,6	98,4	97,7	98,5	98,7	98,5	98,6	98,6	99,0
Periodicidade das reuniões										
Semanal	25,1	32,7	46,6	33,0	14,9	19,5	48,5	23,4	32,5	49,3
Quinzenal	16,4	17,6	24,0	18,9	25,0	21,9	20,1	23,4	19,9	22,1
Mensal	42,9	36,4	23,0	35,7	49,1	46,5	23,7	42,8	32,3	21,6
Sem periodicidade	15,6	13,3	6,4	12,4	11,0	12,1	7,7	10,4	15,3	7,0
Temas das reuniões de equipe *										
Organização do processo de trabalho e do serviço	96,3	98,2	97,5	97,0	96,9	97,2	98,4	97,3	97,3	96,9
Discussão de casos	83,5	79,4	87,6	84,1	83,4	80,5	89,3	84,4	90,5	92,5
Planejamento das ações da equipe	92,8	98,2	95,9	94,6	95,6	95,5	95,6	95,6	95,1	95,0
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial	29,9	42,4	23,6	30,0	36,4	51,2	62,6	44,4	35,1	48,3
Construção/discussão de projeto terapêutico singular	30,9	30,9	30,6	30,8	33,3	32,9	49,2	37,0	43,9	53,1
Planejamento da equipe considera*										
Agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	85,3	87,3	90,5	87,2	93,1	92,9	92,3	92,9	90,9	94,2
Metas pactuadas pelo município	79,0	78,2	85,7	80,9	86,6	86,6	83,4	85,9	87,7	86,6
Informações do SIAB	80,4	78,2	80,6	80,1	90,4	90,4	89,4	90,2	90,6	92,1
Informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico etc)	79,5	81,2	83,8	81,1	83,5	83,2	83,8	83,5	82,6	85,9
Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	69,1	67,9	70,2	69,2	74,8	74,3	80,7	76,1	76,7	81,3
Desafios mencionados na autoavaliação	60,5	58,2	74,0	64,3	76,3	80,0	86,6	79,1	67,6	74,4

Tabela 1. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul				Região Centro-Oeste			
	≥		≤	50.001 -	≥		≤	50.001 -	≥	
	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	Total
	hab.		hab.	hab.	hab.		hab.	hab.	hab.	
Atividade de planejamento	92,8	88,1	85,3	85,4	95,8	88,6	80,5	83,5	88,3	83,0
Documento que comprove atividade de planejamento	80,0	76,4	70,9	73,6	86,6	76,5	60,9	65,2	65,2	62,6
Levantamento de problemas	95,9	94,1	89,8	90,3	94,5	91,4	86,6	87,5	92,3	88,5
Definição de prioridades	96,6	94,8	91,4	93,6	95,7	93,1	89,5	84,6	93,0	90,2
Definição de plano de ação	93,6	90,6	85,1	86,5	93,6	88,1	84,5	82,8	86,0	84,9
Reunião de equipe	99,3	99,0	95,7	98,4	99,3	97,1	96,0	98,8	97,9	96,7
Periodicidade das reuniões										
Semanal	79,5	58,5	33,6	65,2	70,9	48,9	27,9	25,3	62,1	38,0
Quinzenal	9,8	14,8	21,3	15,5	18,9	19,9	15,1	31,3	17,4	17,0
Mensal	5,8	17,5	30,0	13,2	5,9	20,5	41,0	26,5	16,5	32,5
Sem periodicidade	4,9	9,2	15,1	6,1	4,2	10,7	16,1	16,9	4,0	12,5
Temas das reuniões de equipe *										
Organização do processo de trabalho e do serviço	97,9	97,6	96,6	98,1	98,0	97,2	93,4	96,3	96,3	94,5
Discussão de casos	96,8	94,0	90,7	93,2	95,4	92,5	83,6	76,8	90,7	85,2
Planejamento das ações da equipe	97,5	96,4	95,9	96,8	97,1	96,4	89,9	93,9	93,8	91,4
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial	73,1	56,1	37,7	46,8	65,7	47,6	28,6	51,2	36,6	32,7
Construção/discussão de projeto terapêutico singular	73,4	60,1	44,2	52,3	60,4	50,2	36,5	51,2	48,4	41,3
Planejamento da equipe considera *										
Agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal	96,3	94,0	87,1	94,5	95,2	90,5	83,3	86,1	92,2	86,2
Metas pactuadas pelo município	89,2	88,4	76,1	82,3	84,6	79,5	80,3	73,4	72,9	77,6
Informações do SIAB	85,4	88,0	86,7	87,1	89,6	87,7	82,9	74,7	72,3	79,1
Informações locais (estudo de demanda, cenário epidemiológico etc)	90,4	87,0	83,4	86,8	88,2	85,3	78,3	79,7	78,5	78,5
Riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais	88,6	83,3	83,6	86,5	92,0	86,6	69,8	68,4	76,3	71,6
Desafios mencionados na autoavaliação	81,4	75,4	76,8	75,5	81,3	78,0	57,4	49,4	65,4	59,2

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

Planejamento das atividades

A maior parte das equipes avaliadas em todas as regiões do país declarou realizar atividades de planejamento. O menor percentual de resposta encontrado foi na região Norte (82,8%) e o maior na região Sul (88,6%). Note-se que, em todas as regiões, a frequência das respostas quanto ao tema planejamento das atividades é menor nos municípios com até 50.000 hab. Naqueles municípios com mais de 100.000 hab., a frequência se inverte, é maior, com variações entre 88,3% (região Centro-Oeste) e 95,8% (região Sul).

O percentual de respostas quanto aos que apresentaram comprovação de realização de planejamento variou entre 62,6% e 76,5%, sendo menor na região Centro-Oeste e maior na região Sul. Dentre os estratos populacionais, a frequência nos municípios acima de 100.000 hab. é maior na região Sul, com um percentual de 86,6%. Dentre as atividades de planejamento, a maioria das equipes realiza não só definição de prioridades como também e levantamento de problemas e elaboração de plano de ação (*tabela 1*).

Quanto às regiões, quase a totalidade dos entrevistados informou realizar reuniões de equipe nos três estratos populacionais, com o menor percentual (96,7%) para a região Centro-Oeste e o maior (99,0%) para a Sudeste. A periodicidade das reuniões foi semanal em três regiões e mensal nas demais. Com relação às reuniões semanais, as frequências foram de 58,5% (região Sudeste); 48,9% (região Sul); e 38,0% (região Centro-Oeste). Nas regiões que realizam reuniões semanais, as frequências são maiores nos municípios com mais de 100.000 hab., situação que se inverte nas regiões Norte e Nordeste, que realizam reuniões mensais e onde as maiores frequências se concentram nos municípios menores que 50.000 hab.

Quanto aos temas abordados nas reuniões, os três de maiores frequências foram:

organização do processo de trabalho e do serviço, planejamento das ações de equipe e discussão de casos. A organização do processo de trabalho obteve uma variação de respostas entre 94,5% (região Centro-Oeste) e 97,6% (região Sudeste), enquanto o planejamento das ações e a discussão dos casos foram de 84,1% (região Norte), 91,4% (região Centro-Oeste), 94,0% (região Sudeste) e 96,4% (região Sudeste), respectivamente. Considerando o tema mais frequente – organização do processo de trabalho – verificou-se que as menores frequências foram encontradas nos municípios menores e de até 50.000 hab., com exceção da região Sudeste, onde a menor frequência foi encontrada nos municípios entre 50.001 e 100.000 hab. (96,9%).

Apesar de apresentarem as frequências mais baixas, os temas sobre a qualificação clínica, com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades), e sobre o projeto terapêutico singular, apresentaram percentuais mais elevados nos municípios com estrato populacional acima de 100.000 hab., nas regiões Nordeste (62,6% e 49,2%, respectivamente), Sudeste (73,1% e 73,4%, respectivamente) e Sul (65,7% e 60,4%, respectivamente), inclusive, superando consideravelmente a média dessas regiões (*tabela 1*).

A análise dessa dimensão mostrou que os três principais pontos que as equipes consideram para o planejamento das atividades são: construção de uma agenda de trabalho, informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e metas pactuadas para a Atenção Básica pelo município. A construção de uma agenda regional obteve a maior frequência dentre os pontos considerados por todas as regiões, variando entre 86,2% (região Centro-Oeste) e 94,0% (região Sudeste). Dentre os estratos populacionais, grande parte das maiores frequências foi observada nos municípios com mais de 100.000 hab., variando entre 90,5% (região Norte) e 96,3% (região Sudeste). A utilização das informações

do SIAB apresentou a maior frequência na região Nordeste (90,2%) e a menor, na região Centro-Oeste (79,1%). Na maior parte das regiões, as maiores frequências estão nos municípios com menos de 50.000 hab.

Autoavaliação

Em todas as regiões do país, a ocorrência da autoavaliação foi mencionada por mais de 80% das equipes avaliadas, com exceção da região Centro-Oeste, onde esse percentual foi de 69,5%. Dentre as equipes que realizam autoavaliação, um pouco mais de 50% estão situadas em municípios de pequeno porte, exceto na região Sudeste, onde essas equipes estão situadas nos municípios de grande porte. Em relação ao recebimento de apoio da gestão para a realização da autoavaliação, a maior parte dessas equipes (95%) declarou que recebeu o apoio (*tabela 2*).

Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, mais de 82% das equipes usaram a AMAQ como principal instrumento para a realização da autoavaliação. Na região Norte, 71,7% das equipes usaram a AMAQ e 13,5%, instrumentos desenvolvidos pelo próprio município. Na região Centro-Oeste, 75,1% das equipes usaram a AMAQ e 14,7% a AMQ. Dentre as equipes que usavam a AMAQ, mais da metade encontra-se em municípios de pequeno porte, à exceção da região Sudeste, onde essas equipes estão situadas nos municípios de grande porte. Em todas as regiões, a grande maioria das equipes (90%) afirmou que os resultados da autoavaliação foram utilizados para organização do processo de trabalho (*tabela 2*).

Apoio da gestão

O apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho foi referido em mais de 80% das equipes em todas as regiões brasileiras, sendo a maior frequência na região Centro-Oeste (88,7%) e a menor, na região

Norte (80,6%). Entretanto, em relação às populações, observa-se a menor frequência (66,1%) entre as equipes de municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste. As EqSF das regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste relataram que o apoio é feito por apoiador institucional, ao passo que nas regiões Nordeste e Sul é realizado por outros profissionais da gestão (*tabela 3*).

Importante destacar que o apoio também foi realizado por profissionais da vigilância em saúde, com maior proporção na região Sul (52,2%) e a menor na região Nordeste (40,6%). Nos estratos populacionais por região observa-se o apoio principalmente por apoiador institucional e outros profissionais da gestão. Em todos os portes populacionais da região Sul as EqSF apresentaram elevadas proporções de respostas em relação ao apoio de profissionais da vigilância em saúde, cerca de 50% (*tabela 3*).

Grande parte das equipes participantes do PMAQ-AB em todas as regiões do país declarou receber apoio institucional permanente das SMS. O menor percentual de resposta encontrado foi na região Sul (75%) e o maior, na região Centro-Oeste (81,7%). Nota-se que a frequência das respostas quanto ao apoio institucional foi menor nos municípios de 50.001 a 100.000 hab. da região Norte (70,8%). Nos municípios com menos de 50.000 hab. da mesma região, a frequência se inverte, é maior (84,2%).

Os apoiadores auxiliam, principalmente, nas discussões sobre o processo de trabalho e autoavaliação em todas as regiões brasileiras, com percentual de resposta afirmativa acima de 80%, com exceção da região Centro-Oeste, na qual 67,1% das equipes recebem apoio em relação à autoavaliação. Nessa mesma região, foram observados as menores proporções de EqSF com apoio para discussões sobre o processo de trabalho nos municípios de médio e grande porte (77,8% e 77,9%, respectivamente). Entretanto, as EqSF dos municípios de 50.001 a 100.000 hab. da região Norte apresentaram o menor resultado quanto ao apoio

Tabela 2. Autoavaliação pelas equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte				Região Nordeste				Região Sudeste		
	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	Total
Autoavaliação nos últimos 6 meses	65,1	58,0	82,7	69,5	85,2	87,4	91,3	86,9	75,2	81,3	
Documento que comprove a autoavaliação	72,8	64,9	72,6	71,7	78,6	85,7	86,6	81,5	83,9	84,1	
Instrumento utilizado											
AMAQ	76,8	63,8	67,7	71,7	86,3	82,2	85,7	85,7	88,7	87,6	
AMQ	2,3	3,2	11,0	5,7	5,0	8,1	6,6	5,8	1,4	1,3	
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	11,2	18,1	14,8	13,5	4,6	6,6	5,1	5,0	6,1	6,3	
Instrumento desenvolvido pelo Estado	1,1	1,1	0,0	0,7	0,5	0,7	0,3	0,5	1,1	1,0	
Documento que comprove o instrumento utilizado na autoavaliação	76,5	62,6	79,9	75,8	81,4	88,4	89,2	84,2	85,8	86,2	
Resultados da autoavaliação considerados na organização do processo de trabalho	92,5	96,8	93,8	93,6	95,0	96,3	96,1	95,4	93,9	95,8	
Apoio da gestão*											
No processo de autoavaliação	95,1	92,5	92,4	93,8	96,2	95,5	93,1	95,4	95,5	96,4	
Na organização do processo de trabalho para os padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB	83,6	84,4	86,2	84,6	93,0	94,7	93,3	93,3	92,0	93,7	
Avaliação da equipe sobre a participação do apoiador na autoavaliação											
Muito bom	15,4	14,8	7,5	13,0	26,6	24,5	24,5	25,9	27,5	29,2	
Bom	50,3	50,7	56,2	52,1	51,2	54,1	49,8	51,2	42,8	48,5	
Regular	10,6	4,9	13,5	10,6	10,0	13,0	9,3	10,3	8,8	6,7	
Ruim	0,6	0,0	2,2	1,0	0,8	0,7	2,1	1,1	1,0	1,0	
Muito ruim	0,0	0,0	0,7	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,0	
Não participa	23,0	29,6	19,9	23,1	11,2	7,5	13,9	11,4	19,6	14,7	

institucional na autoavaliação, 60,6%, e os municípios desse mesmo estrato populacional da região Nordeste apresentou a maior frequência (88,3%) (tabela 3).

A contribuição do apoiador à qualificação do processo de trabalho e sua participação às reuniões foram consideradas muito boas ou boas pela maior parte das EqSF de todas as regiões brasileiras. Contudo, vale ressaltar que a proporção de respostas que consideraram

regular a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho foi maior nos municípios com mais de 100.000 hab. das regiões Norte (21,8%) e Centro-Oeste (20,7%). Os maiores percentuais de respostas que consideraram regular a participação do apoiador nas reuniões ocorreram nos municípios de 50.001 a 100.000 hab. e superior a 100.000 hab. da região Centro-Oeste, de 19,2% e 15,6% respectivamente (tabela 3).

Tabela 2. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul			Região Centro-Oeste				
	≥		≤	50.001 -	≥	≤	50.001 -	≥		
	100.001	Total	50.000	100.000	100.001	50.000	100.000	100.001	hab.	Total
Autoavaliação nos últimos 6 meses	88,4	82,6	81,2	81,5	88,7	83,6	71,2	61,5	79,4	72,9
Documento que comprove a autoavaliação	88,8	86,6	87,4	83,5	91,4	88,3	73,6	85,4	76,4	75,2
Instrumento utilizado										
AMAQ	77,5	82,4	88,5	87,1	81,8	86,1	85,3	85,4	53,9	75,1
AMQ	14,4	8,6	2,3	2,4	8,7	4,5	3,9	4,2	36,8	14,7
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	4,7	5,4	4,3	6,7	6,2	5,2	7,6	4,2	2,7	5,8
Instrumento desenvolvido pelo Estado	0,4	0,7	0,7	0,4	0,2	0,5	0,4	0,0	0,8	0,5
Documento que comprove o instrumento utilizado na autoavaliação	90,1	88,1	88,1	86,7	92,7	89,4	81,1	87,0	77,3	80,6
Resultados da autoavaliação considerados na organização do processo de trabalho	96,2	95,4	93,6	96,4	95,7	94,6	93,7	97,9	94,9	94,3
Apoio da gestão*										
No processo de autoavaliação	96,7	96,3	95,1	94,4	96,6	95,5	93,8	93,5	88,1	91,9
Na organização do processo de trabalho para os padrões de acesso e qualidade do PMAQ	95,1	93,8	91,9	95,2	94,4	93,0	88,7	87,2	86,3	87,9
Avaliação da equipe sobre a participação do apoiador na autoavaliação										
Muito bom	24,8	26,3	26,4	18,7	22,6	24,3	17,6	19,2	14,9	17,0
Bom	48,8	46,3	49,9	50,0	50,1	50,0	54,7	43,8	46,8	51,6
Regular	6,8	7,6	7,8	7,8	8,3	8,0	9,7	9,6	12,3	10,4
Ruim	0,9	0,9	0,8	1,1	1,6	1,1	1,2	1,4	1,5	1,3
Muito ruim	0,3	0,3	0,6	0,0	0,3	0,4	0,5	0,0	0,4	0,4
Não participa	18,3	18,5	14,6	22,4	17,0	16,3	16,3	26,0	24,2	19,3

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

Mais que 80% das EqSF das regiões afirmaram receber informações que as auxiliam na análise de situação de saúde disponibilizadas pela gestão, com exceção da região Centro-Oeste, com 78,2%. A análise segundo estrato populacional também apresentou tal padrão, a menos dos municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste, que evidenciaram a menor frequência (66,0%). No que diz respeito à documentação comprobatória, as

frequências também foram elevadas entre as regiões, sendo a menor na região Centro-Oeste, com 79,6%, e nos municípios entre 50.001 e 100.000 hab. dessa região, com 71%. Dentre as informações disponibilizadas, destacam-se principalmente os relatórios e consolidados mensais do SIAB e informativos epidemiológicos com mais de 70% entre as regiões brasileiras e em todos os portes populacionais dos municípios (tabela 3).

Tabela 3. Apoio da gestão às equipes de Atenção Básica (%)

Indicadores	Região Norte			Total	Região Nordeste			Total	Região Sudeste	
	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.		≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.		≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.
Apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho	85,8	88,3	70,1	80,6	88,2	86,3	82,7	86,6	87,2	87,0
Quem realiza o apoio*										
Apoiador institucional	65,0	66,4	72,1	67,4	57,4	53,5	65,0	58,7	63,7	63,2
Outros profissionais da gestão	62,2	58,4	50,0	57,8	71,0	71,5	65,8	69,8	67,1	59,9
Profissionais da vigilância em saúde	39,2	41,6	35,6	38,5	43,4	38,9	33,6	40,6	44,0	40,6
Informações para análise de situação de saúde disponibilizados pela Gestão	82,0	87,4	81,4	82,7	89,1	91,2	87,5	89,0	85,1	88,6
Documento que comprove a disponibilização dessas informações	78,2	81,3	83,9	80,4	81,3	91,1	89,4	84,4	86,6	89,8
Recursos disponibilizados*										
Informativos epidemiológicos	82,2	73,1	79,1	79,7	77,1	82,7	79,8	78,4	74,4	77,9
Relatórios e consolidados do SIAB	82,9	77,2	85,3	82,6	87,6	88,3	84,2	86,9	89,3	88,5
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	75,5	66,1	85,3	77,0	83,7	85,3	83,2	83,8	80,2	83,8
Apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB	72,3	66,9	68,0	70,1	81,0	78,6	74,6	79,2	76,4	78,5
Apoio institucional permanente de equipe ou pessoa da SMS										
Sim	84,2	70,8	71,9	78,3	78,5	77,2	80,8	78,9	82,4	82,7
Sim, desde a adesão ao PMAQ-AB	3,5	13,7	12,3	7,9	6,8	9,4	5,1	6,8	5,8	7,0
Atividades realizadas pelo apoiador institucional*										
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe e do próprio apoio institucional	87,0	87,3	84,3	86,2	90,8	88,1	89,2	90,1	91,1	89,9
Apoio à autoavaliação	69,5	60,6	77,2	70,3	84,7	88,3	85,8	85,4	74,7	83,2
Avaliação do contato do apoiador com a equipe										
Muito bom	25,9	22,0	14,7	21,9	38,4	33,1	33,5	36,6	41,9	40,2
Bom	65,3	68,1	65,7	65,8	53,5	58,0	52,9	53,9	50,4	52,4
Regular	7,5	9,2	18,1	11,0	7,8	8,7	11,1	8,7	6,6	6,9
Ruim	1,3	0,7	0,8	1,0	0,2	0,2	2,0	0,6	0,9	0,6
Muito ruim	0,0	0,0	0,8	0,2	0,1	0,0	0,5	0,2	0,1	0,0
Avaliação da contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas										
Muito bom	19,5	22,7	9,8	17,1	29,0	24,3	24,4	27,3	32,5	29,6
Bom	63,8	61,7	65,8	64,1	59,4	61,5	56,5	59,0	55,6	59,9
Regular	15,1	14,9	21,8	17,1	10,9	13,9	16,5	12,6	10,6	9,2
Ruim	1,7	0,7	1,9	1,6	0,7	0,0	2,2	0,9	1,0	1,3
Muito ruim	0,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,3	0,4	0,1	0,3	0,0
Avaliação da participação do apoiador nas reuniões										
Muito bom	20,7	18,3	10,5	17,2	27,1	21,2	23,0	25,4	28,9	23,9
Bom	59,3	59,2	51,7	57,0	49,2	48,1	50,0	49,3	45,8	45,2
Regular	10,0	11,3	18,4	12,7	13,3	14,5	13,9	13,6	10,8	9,9
Ruim	0,8	1,4	3,7	1,8	1,4	2,2	2,0	1,6	1,6	1,7
Muito ruim	0,4	0,0	1,5	0,7	0,2	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4
Não se Aplica (Não participa)	8,8	9,9	14,2	10,6	8,8	13,7	10,5	9,8	12,7	18,9

Tabela 3. (cont.)

Indicadores	Região Sudeste		Região Sul			Região Centro-Oeste				
	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total	≤ 50.000 hab.	50.001 - 100.000 hab.	≥ 100.001 hab.	Total
Apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho	88,7	88,0	83,9	80,7	87,2	84,7	85,7	78,8	66,1	88,7
Quem realiza o apoio*										
Apoiador institucional	74,8	69,8	62,1	67,1	76,4	67,5	62,7	65,4	73,0	65,6
Outros profissionais da gestão	68,7	67,3	69,8	65,7	67,7	68,7	67,0	61,5	48,1	61,5
Profissionais da vigilância em saúde	42,1	42,6	52,1	50,5	52,8	52,2	45,5	38,5	32,3	41,4
Informações para análise de situação de saúde disponibilizados pela Gestão	91,2	88,6	84,0	91,6	91,3	87,1	83,8	79,5	66,0	78,2
Documento que comprove a disponibilização dessas informações	92,5	90,0	78,0	78,3	86,7	80,9	78,0	71,0	86,3	79,6
Recursos disponibilizados*										
Informativos epidemiológicos	78,5	76,9	76,2	79,2	85,4	79,6	82,0	83,9	85,1	82,9
Relatórios e consolidados do SIAB	83,3	86,0	91,2	91,5	94,9	92,5	82,0	71,0	69,8	78,1
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	86,4	83,8	73,9	78,3	83,7	77,4	78,2	78,8	66,4	74,7
Apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB	80,5	78,7	72,9	72,1	81,2	75,4	74,9	82,7	57,2	70,2
Apoio institucional permanente de equipe ou pessoa da SMS										
Sim	78,2	80,3	73,0	76,0	78,4	75,0	82,7	83,1	79,1	81,7
Sim, desde a adesão ao PMAQ	3,6	4,8	9,5	9,9	10,3	9,8	3,5	4,8	3,4	3,5
Atividades realizadas pelo apoiador institucional*										
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe e do próprio apoio institucional	88,8	89,8	89,1	93,6	89,6	89,8	84,5	77,8	77,9	82,1
Apoio à autoavaliação	80,0	78,1	82,0	81,6	81,7	81,8	69,4	66,7	62,2	67,1
Avaliação do contato do apoiador com a equipe										
Muito bom	36,4	39,0	39,3	29,1	34,3	36,6	27,3	33,3	27,1	27,7
Bom	54,9	52,8	53,2	61,1	57,1	55,3	64,9	55,6	56,8	61,9
Regular	7,0	6,8	6,9	9,8	8,1	7,6	7,2	11,1	13,5	9,3
Ruim	1,2	1,0	0,4	0,0	0,5	0,4	0,3	0,0	2,3	0,9
Muito ruim	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4	0,2
Avaliação da contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas										
Muito bom	30,8	31,4	30,9	21,2	27,2	28,6	21,3	25,0	18,4	20,8
Bom	57,1	56,7	58,0	66,3	59,9	59,5	65,6	59,7	58,6	63,2
Regular	10,5	10,4	10,3	12,5	11,4	10,9	12,4	15,3	20,7	15,0
Ruim	1,2	1,2	0,9	0,0	1,4	0,9	0,5	0,0	1,5	0,7
Muito ruim	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	0,3
Avaliação da participação do apoiador nas reuniões										
Muito bom	22,7	25,3	26,7	14,6	20,5	23,3	20,0	24,7	15,6	19,1
Bom	43,4	44,5	48,6	46,6	50,3	48,9	56,7	46,6	46,5	53,0
Regular	9,4	10,0	10,2	10,8	12,4	10,9	12,8	19,2	15,6	14,1
Ruim	1,7	1,6	0,9	1,5	1,9	1,3	1,7	1,4	3,3	2,1
Muito ruim	0,5	0,4	0,0	1,5	0,3	0,2	0,3	0,0	1,5	0,6
Não se Aplica (Não participa)	22,3	18,0	13,7	25,0	14,8	15,3	8,6	8,2	17,5	11,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Essas questões permitem a seleção de mais de uma opção

O item análise dos dados segundo região apresentou frequências elevadas no que diz respeito à realização de monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, variando entre 74,7% na região Centro-Oeste e 83,8% na região Nordeste. Porém, esse resultado diminuiu um pouco quando se questionou sobre o apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB, sendo o maior percentual na região Nordeste (79,2%) e o menor, na região Centro-Oeste (70,2%). As menores proporções em relação ao monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde foram observadas entre as EqSF dos municípios com mais de 100.000 hab. da região Centro-Oeste (66,4%) e entre 50.001 - 100.000 hab. da região Norte (66,1%). Esses municípios também demonstraram as menores frequências em relação ao apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB, entre 57,2% e 66,9%.

Discussão

É fato que o processo de institucionalização do monitoramento e da avaliação na ABS tem contribuído para a incorporação de uma prática reflexiva e pedagógica no apoio à gestão para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimentos no âmbito do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; SANTOS *ET AL.*, 2012). De acordo com Felisberto (2004), a inserção de processos avaliativos na rotina da gestão e dos serviços tem propiciado mudanças na cultura institucional, que envolve diferentes atores e mediações, renovando e potencializando as ações de saúde na Atenção Básica.

Ao reconhecer as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação ou, mais especificamente, autoavaliação, e a importância dessas conexões como norteadoras do processo de trabalho no contexto da ABS, entende-se que a aproximação tem sido induzida como forma de dinamizar e romper

com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; FARIA *ET AL.*, 2009). No estudo realizado, verifica-se que as atividades relacionadas ao planejamento com envolvimento de variados atores são realizadas pelas EqSF em todos os estratos populacionais das regiões. Entretanto, observa-se que não ocorre uma correspondência substancial da presença de documentos que comprovem tais atividades e tampouco relação direta com a autoavaliação.

As equipes de todas as regiões realizam autoavaliação, ainda que utilizando ferramentas diferentes e considerando as disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e aquelas construídas pelo próprio município. Sarti *et al.* (2012) ressaltam, em estudo realizado no municípios do Espírito Santo, que as equipes utilizam a autoavaliação, em sua maioria a AMAQ, como ferramenta de gestão para reorganização do seu trabalho. Mesmo destacando a potencialidade da autoavaliação, os autores enfatizam que ainda permanecem os problemas de articulação das ferramentas de planejamento e avaliação e de adequação na ABS, uma vez que as equipes continuam a adotá-las como algo para se cumprir e pouco para orientar a mudança necessária.

O uso de instrumentos autoavaliativos qualifica os processos na ABS porque possibilita o agir reflexivo ao orientar a ação das equipes. Ainda assim, conforme ressaltava Kawata *et al.* (2009), há incoerência entre o que a EqSF estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, seguindo o modelo centralizado de gestão e com ações de planejamento e monitoramento incipientes.

Em todas as regiões, no que tange ao apoio da gestão para o processo de trabalho das equipes, as atividades mais recorrentes foram a de discussão sobre o processo de trabalho e apoio à autoavaliação e as menos empregadas foram a de apoio ao planejamento e organização da equipe. Esse achado evidencia o quanto os apoiadores precisam subsidiar as equipes

no seu planejamento vinculado à autoavaliação, assim como a necessidade de organização das práticas com base em princípios e valores que se pautam no compartilhamento mútuo de saberes e fazeres, no compromisso com a mudança social e com a ética da vida (CRUZ, 2011). As iniciativas de autoavaliação vinculadas ao planejamento tendem a promover a autorreflexão sobre processos, sujeitos da ação e dos grupos implicados, visando à identificação dos problemas e à formulação de estratégias para melhoria das práticas e das relações na Atenção Básica.

A organização dos componentes do processo de trabalho, incluindo seus fins, sua execução e a própria avaliação, sofrem modificações a partir desse processo crítico de avaliação. Isto é, na visão de Faria *et al.* (2009), os processos de trabalho são sempre avaliados em função de seus resultados, mais ou menos intensos, consciente e sistematicamente, conforme as condições sociais e institucionais em que se exercem. A avaliação constitui, necessariamente, um momento e um instrumento de crítica de todo o processo. É, portanto, uma peça fundamental para o desenvolvimento de qualquer processo de trabalho.

Com base nos resultados, mesmo que de forma diferenciada, as equipes recebem apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, sendo esse apoio dado, em sua maioria, por profissionais da gestão, por apoiador institucional (mais frequente nos municípios de grande porte) ou profissionais da vigilância em saúde. As regiões, em sua maioria, consideram boa e muito boa a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas, contrariamente à região Norte, com o maior percentual de insatisfação. Para tal, se faz necessário direcionar o olhar para uma reflexão crítica do feito e efeito na ABS, bem como justificar a existência de análises ou, propriamente, conforme enfatiza Contandriopoulos (2006), de avaliações das práticas como um processo permanente e contínuo.

A busca por resultados diferentes no trabalho leva à necessidade de mudança na forma de trabalhar, e essa mudança deve acarretar a valorização da comunicação e dos espaços de participação/negociação, bem como a construção de parcerias (FARIA *ET AL.*, 2009). Implica, ainda, na visão desses autores, uma boa gestão das informações, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções e organização da agenda. Ou seja, a equipe tem de aprender a trabalhar com as tecnologias de que dispõe para usá-las da maneira mais eficiente possível.

Por outro lado, a qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial foi citada por parte das equipes das regiões Sul e Sudeste, apesar de o tema não ser abordado pelas equipes da região Norte e Nordeste. A construção de projeto terapêutico singular é um tema abordado somente nas regiões Sul e Sudeste e nos municípios de maiores portes populacionais. Conforme ressalta Abrahão (2007), a lógica que ainda tem orientado a produção de saúde na rede básica está centrada no modelo hegemônico e de forma organizativa, pautada na estrutura funcionalista e com predominância na atuação biomédica. A autora chama a atenção para o fato que a dinâmica gerencial do serviço desvende o exercício realizado pelos trabalhadores. No espaço próprio de gestão do seu trabalho e, portanto, é necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato de cuidar.

Por fim, destaca-se que é necessário reconhecer as ações de avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos, e não afirmá-la como mecanismo externo aos processos sociais (CRUZ, 2011). Portanto, é preciso definir formalmente as responsabilidades de cada sujeito da ação para se aprimorarem os resultados dos conhecimentos produzidos e incorporá-los à realidade, realizando, assim, a translação.

Considerações finais

Este artigo não tem a pretensão de encerrar a discussão sobre o uso do planejamento e da autoavaliação como ferramentas norteadoras da organização do processo de trabalho da Atenção Básica em Saúde, mas sim levantar pontos de interesse para esse debate. A ideia de realizar uma caracterização das potencialidades e limites desse processo propiciou uma aproximação dos avanços no que tem sido produzido pelas equipes, mas também do que precisa ser aprofundado para melhor orientação sobre o fazer.

A Atenção Básica em Saúde envolve processos de trabalho compostos por situações de muita complexidade, uma diversidade de relações e alta pressão por resultados bem sucedidos. Daí a importância de se reverem conceitos e atitudes que não atendem a essa realidade, criarem-se meios de vincular o planejamento com a avaliação de forma mais participativa e negociada nas equipes e de se assumir que os resultados da autoavaliação podem levar a diferentes reflexões e possibilidades de ajustes, bem como ser utilizados para subsidiar apoiadores nas supervisões e formações permanentes.

Importante chamar atenção para o esforço desenvolvido para que o planejamento e a autoavaliação não sejam tratados como ferramentas meramente burocráticas e sem

sentido, que não envolvem os técnicos diretamente relacionados com a organização e o cuidado na ABS. Isso não deve gerar embotamento das equipes diante dos resultados encontrados, por mais que se distanciem da imagem desejada, na medida em que não se quer valorizar erros e sim ajustes estratégicos que melhor vinculem escolhas à decisões. Dessa forma, os processos avaliativos em curso podem contribuir como mecanismo indutor de reflexões dos atores envolvidos com o cuidado, a gestão e a gestão do cuidado, o planejamento e a autoavaliação. Tais mecanismos devem se consubstanciar como processos dialogados nas equipes para que, de fato, possam alterar o processo de trabalho, orientar as mudanças e se traduzir em ações. Essa constatação pressupõe a necessidade de reconhecimento dos conflitos existentes e de visão estratégica por parte das equipes e gestores da Atenção Básica.

Por fim, pode-se reconhecer que as equipes identificam problemas, definem prioridades e realizam autoavaliação com apoio institucional e acesso a dados para análise da situação de saúde. Contudo, essas são práticas ainda pouco integradas e precisam ser aprimoradas e usadas de forma mais focada às necessidades de melhoria de trabalho das equipes para que possam repercutir na qualidade da atenção e cuidado aos usuários da Atenção Básica. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, Niterói, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/ana.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação

de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualificação da Estratégia Saúde da Família: resumo executivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

- _____. *Programa de melhoria do acesso e da qualidade: documento síntese para avaliação externa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, out./dez. 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, set. 2006.
- CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.
- CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, 2011. p. 180-196. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=435v>>. Acesso em: 12 mar. 2014.
- FARIA, H. P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon: UFMG: Coopmed, 2009.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Recife, v.4, n. 3, p. 317-321, set. 2004.
- FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.
- FONTINELE JUNIOR, K. *Programa Saúde da Família (PSF) comentado*. Goiânia: AB, 2003.
- HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 419-421, 2002.
- KAWATA, L. S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas de gestão. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. p. 313-320, 2009.
- MEDINA, M. G; AQUINO, R; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 21, p.15-28, 2000.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- SANTOS, E. M. et al. Sensibilização e enredamento: contribuições para a institucionalização do monitoramento e avaliação como uma prática de gestão reflexiva. In: LIBONATI, A; GARCIA, D; EITLER, K. (Org.). *Comunicação e transformação social 2: Canal Futura - 15 anos na estrada*. São Leopoldo: Unisinos, 2012.
- SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB

*Dental care in Brazil: an analysis based
on PMAQ-AB External Evaluation*

Elisete Casotti¹, Priscilla Caran Contarato², Ana Beatriz Monteiro Fonseca³,
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges⁴, Márcia Helena Baldani⁵

¹Doutora em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ).
elisete.casotti@gmail.com

²Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
priscillacontarato@gmail.com

³Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
abmfonseca@id.uff.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil.
pollyannakassia@hotmail.com

⁵Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil.
mbaldani@uepg.br

RESUMO: Este estudo tem como objetivos identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários e analisar a organização da atenção à saúde bucal das equipes participantes do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica quanto aos atributos do acesso de primeiro contato e da integralidade. Utilizaram-se dados secundários da Avaliação Externa relativos aos módulos usuário e profissional. Os resultados indicam que 45,1% dos usuários conseguem marcar consulta com o dentista. A garantia de continuidade de tratamento é menor nas regiões Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera nas especialidades ainda se constituem em problema da rede de atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Saúde bucal; Integralidade em saúde.

ABSTRACT: This study aims to identify the characteristics of dental service supply accessed by users and to analyze the organization of Oral teams participating in the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, as for access and first contact comprehensiveness. Secondary data concerning to External Evaluation were applied in their user and professional component modules. The results indicate that 45.1% of users succeed in making an appointment with the dentist. The ensuring continuity of treatment is lower in the North and Northeast regions. Access and waiting times for specialty still constitute a problem of the care network.

KEYWORDS: Primary Health Care; Evaluation of health services; Health services accessibility; Oral health; Integrality in health.

Introdução

A inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em dezembro do ano 2000 representou o passo inicial para a expansão da oferta de serviços públicos na área. Com uma trajetória marcada pela hegemonia do setor privado na prestação de serviços odontológicos e com o Estado operando um modelo cirúrgico mutilador de baixa cobertura, a aprovação de incentivo financeiro para implantar as equipes significou uma inflexão importante para o setor e para a realidade assistencial nos municípios (BRASIL, 2000).

Em 2004, com o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), houve um claro reposicionamento normativo e de aporte de recursos públicos na área, indicando um conjunto de mudanças ao modelo de atenção em curso (BRASIL, 2004A). O Programa Brasil Sorridente, desdobramento operacional da PNSB, ao adotar o cuidado como eixo central assume a responsabilidade não só com a ampliação da rede assistencial - como também com a qualificação da Atenção em Saúde Bucal - articulando as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender às necessidades de saúde de populações nos territórios (BRASIL, 2004A).

A expansão da rede de Atenção Básica de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou, entre o ano de 2002 (n=4.261) e o de 2012 (n=22.203), um crescimento em torno de 500%. A rede de média complexidade, representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), importante retaguarda para a garantia da integralidade clínica do cuidado, também apresentou importante expansão: os CEO passaram de 100 unidades em 2004 para 944 unidades em 2012, e os LRPD, de 36 em 2005 para 1.232 em 2012 (BRASIL, 2004A).

A melhoria do acesso foi registrada na comparação das Pesquisas Nacionais de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2003

e 2008, quando mais de 17,5 milhões de brasileiros passaram a frequentar o dentista. Dentre a população com menor renda familiar, houve uma redução da ordem de 4,3% na proporção de indivíduos que nunca haviam consultado um dentista (IBGE, 2005; 2010).

Entretanto, para Calvo *et al.* (2012, p. 182)

Ainda são necessários esforços para que se efetivem a redução das desigualdades de acesso, o aperfeiçoamento no processo do cuidado e a utilização dos resultados epidemiológicos na área da saúde bucal para planejamento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Estudos indicam que, no Brasil, o mecanismo de avaliação e monitoramento setorial do acesso e qualidade das ações, assentado no conjunto de indicadores implementados historicamente pelo Pacto de Indicadores da Atenção Básica, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), ao se apoiar exclusivamente no volume de procedimentos informados, apresenta limitações e inconsistências (CONTARATO, 2011; MAIA; KORNIS, 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e, mais recentemente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), ao incorporar etapas como a contratualização, o desenvolvimento de auto avaliação e o planejamento de melhorias pela própria equipe, apresenta-se como estratégia comprometida com a produção de mudanças no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2012A; 2013).

Para Pinto, Souza, Florêncio (2012) o PMAQ-AB se propõe a induzir e avaliar a qualidade da Atenção Básica como parte das redes prioritárias, se constituir como porta de entrada resolutiva para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção.

A pesquisa de Giovanella *et al.* (2009) corrobora o estudo de Pinto (2012) ao ressaltar que a APS deve ser orientadora do cuidado, estar

articulada em rede, centrada no usuário e responder pelas necessidades da população.

Neste estudo, que tem como objeto a Atenção em Saúde Bucal das equipes participantes do PMAQ-AB, serão analisados dois atributos fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS): o ‘acesso de primeiro contato’, entendido como a oferta de um ponto de entrada facilmente acessível aos usuários e a ‘integralidade’, que expressa a capacidade do serviço em reconhecer as “necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-las” (STARFIELD, 2004, P.314).

Ainda que os instrumentos utilizados para a coleta de dados referentes à Avaliação Externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB não tenham sido organizados a partir dos parâmetros definidos por Starfield (2004) para a qualificação da atenção primária, este artigo propõe estabelecer uma correspondência entre as questões selecionadas nos Módulos II e III e os atributos selecionados.

Os objetivos incluem a identificação das características da oferta dos serviços de odontologia acessados pelos usuários e a análise da organização da Atenção à Saúde Bucal descrita pelas equipes participantes do Programa quanto aos atributos de acesso de primeiro contato e integralidade.

Metodologia

Esta pesquisa é de natureza descritiva e analítica e investigou os dados secundários pertencentes ao banco do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB, cuja coleta foi realizada em 2012. Utilizaram-se dados do Módulo II – Entrevista com Profissional da equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, quando o bloco de questões de saúde bucal estava preenchido, e do Módulo III – entrevista na unidade de saúde com usuário, quando o usuário havia conseguido marcar atendimento com o dentista.

O estudo tem dois componentes de análise: o primeiro é referente às características do

acesso relatado pelos usuários que informaram ter ‘marcado atendimento’ nos serviços de saúde bucal (Módulo III) e outro versa sobre a organização dos serviços de saúde bucal, obtida a partir das informações dos dentistas respondentes (Módulo II). As respostas dos usuários sobre o acesso aos serviços odontológicos dizem respeito ao Brasil e suas regiões geográficas, e a análise dos serviços foi realizada tomando como base os atributos essenciais da APS segundo cada região.

Os usuários entrevistados pelo Programa, em número de quatro por equipe, foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: maioria, ter vínculo com uma equipe de Saúde da Família e ter realizado pelo menos um atendimento na unidade nos últimos doze meses. A identificação foi feita pela equipe de entrevistadores na sala de espera da unidade de saúde no dia da Avaliação Externa. Entretanto, o universo de usuários desse estudo limita-se àqueles que conseguiram marcar atendimento com o dentista na própria unidade de saúde.

As questões selecionadas para conhecer a experiência dos usuários quanto ao acesso aos serviços de saúde bucal incluíram: tempo de espera para uma consulta; se sai com consulta marcada até o final do tratamento; se procurou a unidade na última vez que teve problema na boca; se foi atendido sem hora marcada; e se procurou outra unidade, por qual motivo.

Os cirurgiões dentistas foram os respondentes das questões específicas da seção ‘Atenção à Saúde Bucal’. As equipes de saúde bucal foram descritas segundo as características dos serviços ofertados, e as questões analisadas foram distribuídas segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde considerados essenciais: acesso de primeiro contato e integralidade.

Para o atributo de primeiro contato, incluíram-se questões tais como: forma de agendamento; acolhimento à demanda espontânea e uso de protocolo; e busca ativa de casos de câncer de boca e de necessidade de prótese. Para a integralidade, os temas selecionados foram: o uso de critérios de risco e vulnerabilidade no

primeiro atendimento; a garantia de agenda para continuidade do tratamento; a existência de unidades, protocolos e fluxos de referência para média complexidade; o acesso e o tempo de espera às especialidades; e o registro e o acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca.

As diferenças na distribuição das características de acesso e atributos da APS em saúde bucal analisadas para cada região do país foi verificada com teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%. Para as análises foram utilizados os *softwares* SPSS® 18.0 e Excel® 2010.

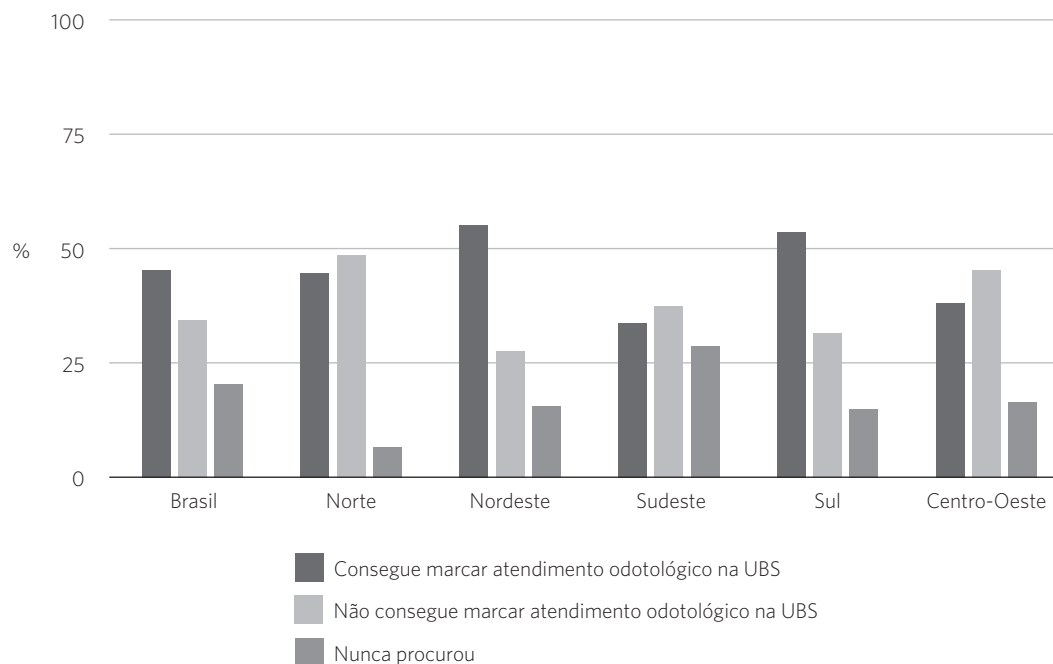
Resultados e discussão

O número total de usuários entrevistados no PMAQ-AB foi de 65.391 indivíduos. O

gráfico 1 apresenta a distribuição de usuários (n=26.263) que declararam ter agendado atendimento com o dentista na unidade básica de saúde onde foram entrevistados. Destes, 80,4% eram mulheres com idade média de 39 anos; 14,7% aposentados; e 33,1% possuíam trabalho remunerado. A renda média familiar para 47,2% deles foi de até dois salários mínimos e a escolaridade média, de 2,8 anos de estudo. Quanto à cor ou raça, 47,1% se declararam pardos ou mestiços; 36,5%, brancos; e 12,2%, pretos. O resultado da análise referente à experiência do acesso está contido na *tabela 1*.

Do total de 17.202 equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ-AB, 12.565 tinham respondentes para a saúde bucal. As características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal estão descritas, respectivamente, nas *tabelas 2, 3 e 4*.

Gráfico 1. Distribuição percentual de usuários entrevistados no PMAQ-AB segundo a possibilidade de agendar atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde cadastradas no programa. Brasil e regiões, 2012*



Fonte: Brasil, Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Número de respondentes: Brasil (total) – 58.258; Norte – 3.311; Nordeste – 19.776; Sudeste – 22.686; Sul – 8.788; Centro Oeste – 3.701

Possibilidade de agendamento e experiência do usuário no acesso aos serviços odontológicos nas UBS

Do total de usuários entrevistados no Brasil, 45,1% conseguem marcar atendimento com o dentista na unidade, 34,5% não conseguem marcar atendimento e 20,4% nunca procuraram. Ao se analisarem os dados por região, observa-se que acima de 53% das pessoas conseguem marcar atendimento no Nordeste e no Sul. Entretanto, nas regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, o percentual de pessoas que não conseguiram agendar atendimento foi maior do que o percentual brasileiro, conforme dados apresentados no *gráfico 1*.

Peres *et al.* (2012), analisando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), verificaram que, de 1998 a 2008, o uso dos serviços de saúde bucal se ampliou em todas as faixas etárias no Brasil. No período, a proporção de pessoas que nunca tinham procurado o dentista reduziu-se em 30%. Andrade *et al.* (2013) corroboram esse achado ao relatar o aumento de 44% para 52% do acesso à consulta ao dentista para os usuários sem plano de saúde. Porém, quando os autores compararam as regiões brasileiras, a proporção de usuários que foram ao dentista nas regiões Norte (49%) e Nordeste (47%) foi menor do que nas demais regiões e do valor nacional, no ano de 2008, reafirmando nossas impressões sobre desigualdades de acesso entre as regiões do país.

A *tabela 1* apresenta as variáveis relativas à dimensão acesso, com base nas informações dos usuários entrevistados e que conseguiram marcar atendimento com o dentista. Observa-se em todas as regiões, exceto na região Norte, que os maiores percentuais (acima de 43,6%) de tempo de espera para uma consulta está entre dois e quinze dias. Chama a atenção na região Norte o percentual de 48,5% para os casos em que os usuários foram atendidos no mesmo dia ou no dia seguinte. Esse resultado pode estar associado à preponderância do atendimento baseado na lógica de demanda espontânea, em face da lógica programada.

O Sudeste difere das demais por ter um percentual maior de atendimentos realizados em 16 dias ou mais. As diferenças encontradas quanto ao tempo de espera para o atendimento odontológico entre as regiões, estatisticamente significantes ($p < 0,001$), estão provavelmente associadas à diferença entre os padrões das regiões.

A análise das respostas obtidas na pergunta se 'o usuário já sai com a consulta marcada até o final do tratamento, mostra os menores percentuais de 'sim' para as regiões Norte (48,5%) e Nordeste 49,1%), estabelecendo claramente uma diferença com as demais regiões e reforçando a sugestão de que o atendimento por livre demanda, modelado pela queixa-conduta, ainda prevalece.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL 2010) (BRASIL, 2012B), 38,3% dos entrevistados com idade entre 35 e 44 anos, que já consultaram o dentista pelo menos uma vez na vida, procuraram o serviço público, com o maior percentual para a região Norte (47,75%). Dor (15,8%) e extração (15,3%) foram os principais motivos para a última consulta, atingindo percentual de 25,1% na região Norte e 24,8% na Nordeste. Essa informação complementa e apoia a sugestão de que nessas duas regiões o acesso à saúde bucal ainda tem fortes características de pronto atendimento.

No PMAQ-AB, 38,6% dos usuários que marcaram consulta com o dentista tentaram atendimento na última vez que tiveram alguma urgência na boca. Destes, 87,2% procuraram a própria unidade básica de saúde e 81,7% informaram que foram atendidos na mesma hora, sem consulta marcada.

Usuários das regiões Sul e Sudeste procuraram mais pelo atendimento quando em situação de urgência (42 e 43,9%, respectivamente). Nas regiões Norte e Centro-Oeste, cerca de 20% dos que tiveram problema de urgência não procuraram atendimento, informação que merece ser mais bem estudada. A região Sul possui o menor percentual de pessoas que não procuraram assistência, apenas 9,5%.

Os motivos explicitados pelos respondentes que procuraram outra unidade de saúde para resolver a urgência na boca, estão associados a dificuldades relacionadas à organização da porta de entrada: a unidade não atende urgência (14,4%), não atende sem hora marcada (6,6%) e é preciso chegar cedo para pegar ficha (5,3%); ou a problemas de infraestrutura, como unidade fechada (19,5%) e ausência de dentista (11,3%). Destaca-se que, para as regiões Norte e Centro-Oeste, as dificuldades impostas pela porta de entrada respondem por 62,8% e 64,8%, respectivamente, dos motivos citados. Não foi encontrada diferença significativa entre as regiões ($p=0,441$).

A organização da demanda é reconhecida como um dos 'principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal, (...) em especial nas atividades assistenciais'. O documento que orienta as ações da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família afirma a importância de o setor estar integrado às demais ações desenvolvidas pela equipe e sugere a necessidade de que trabalhadores e usuários discutam a organização da porta de entrada. Define também que a "ordem de chegada não deve ser o critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente" (BRASIL, 2008, p. 21-22).

Na saúde bucal, a expansão da oferta na esfera pública e os tensionamentos por mudança no modelo de atenção têm produzido cenários muito heterogêneos. Nos extremos, têm-se os serviços onde a organização é exclusivamente orientada para o atendimento por livre demanda, com predomínio de intervenções cirúrgicas de natureza mutilatória, e aqueles onde os atendimentos só ocorrem de forma programada, onde a restrição do acesso é o principal problema. O esforço necessário da gestão setorial é produzir mecanismos que induzam à reorganização do processo de trabalho, particularmente na forma como as equipes de saúde bucal se relacionam com as necessidades de seu território, e criar formas participativas e integradas de porta de entrada que ampliem o acesso e

garantam a integralidade do cuidado.

Para Cunha e Campos, tanto a fragmentação como o problema da falta de responsabilidade no ato de cuidar estão relacionados com

um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global). (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 963).

Estar informado sobre a rede de serviços regionais, participar da construção coletiva dos protocolos clínicos, comunicar-se com a equipe e contar com as equipes de apoio matricial são instrumentos que podem auxiliar a ampliação do acesso e da qualidade.

Características dos serviços de saúde bucal em relação aos atributos da Atenção Primária à Saúde

ATRIBUTO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

Analisando as questões selecionadas do Módulo II e relativas ao atributo do acesso de primeiro contato (*tabela 2*), o maior percentual de equipes (50,3%) indicou que as consultas em saúde bucal eram agendadas em qualquer dia e qualquer horário da semana. A segunda opção mais frequente de resposta foi 'outros' (23,1%), no qual o intervalo de marcação praticado é maior que o semanal. Comparativamente, as regiões Sudeste e Sul são aquelas onde a marcação 'a qualquer dia' é maior (64,2 e 57%, respectivamente), enquanto no Nordeste essa possibilidade é menor (35,6%).

O acolhimento à demanda espontânea é realizado por 85,1% das equipes pesquisadas, sendo que somente 43,8% utilizam algum protocolo. Nas regiões Centro-Oeste (24,3%), Norte e Nordeste (17,3%, cada) não se realiza o acolhimento.

Tabela 1. Acesso aos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde segundo os usuários entrevistados no PMAQ-AB. Brasil e regiões, 2012

Variável		Região					Centro Oeste	p
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul		
Qual o tempo de espera para uma consulta nesta UBS? *								<0,001
0 a 1 dia		33,0	48,5	38,7	19,2	37,0	32,8	
2 a 15 dias		45,8	39,7	46,0	47,6	43,6	48,4	
16 a 30 dias		13,2	9,0	10,4	19,1	12,2	10,8	
Mais de 30 dias		8,0	2,8	4,8	14,0	7,2	8,0	
Total	N	26.263	1.478	10.982	7.674	4.718	1.411	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Sai com a próxima consulta marcada até o final do tratamento? *								<0,001
Sim		62,1	51,5	50,9	77,3	64,5	70,5	
Não		37,9	48,5	49,1	22,7	35,5	29,5	
Total	N	25.842	1.472	10.802	7.513	4.660	1.395	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Na última vez em que teve algum problema de urgência na boca procurou atendimento? *								<0,001
Sim		38,6	38,8	33,9	42,0	43,9	38,2	
Não		14,2	20,3	14,7	13,9	9,5	21,1	
Nunca teve problema		47,2	40,9	51,4	44,1	46,6	40,7	
Total	N	26.162	1.473	10.945	7.654	4.683	1.407	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Onde procurou atendimento? **								0,625
Na própria UBS		87,2	83,5	85,9	89,2	87,9	85,8	
Em outra UBS		4,0	5,8	4,3	3,6	3,2	4,7	
Outros serviços públicos ^a		3,5	5,4	4,5	2,4	2,4	4,1	
Serviços privados ^b		4,6	4,1	4,5	4,0	5,8	5,2	
Outros		0,7	1,2	0,8	0,8	0,7	0,2	
Total	N	10.091	571	3.708	3.218	2.057	537	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Conseguiu ser atendido(a) nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? **								0,011
Sim		81,7	70,9	81,2	84,7	81,5	79,0	
Não		18,3	29,1	18,8	15,3	18,5	21,0	
Total	N	8.803	477	3.186	2.870	1.809	461	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabela 1. (cont.)

Por que não procurou esta unidade de saúde? ***							0,181
Precisa chegar cedo/pegar ficha	5,3	4,3	5,4	3,2	8,0	6,6	
Não atende sem consulta marcada	6,6	11,7	5,4	8,1	6,0	3,9	
Não atende urgência	14,4	23,4	13,4	15,9	8,9	21,1	
Não tinha dentista	11,3	12,8	14,8	8,1	7,7	11,8	
A UBS estava fechada	19,5	10,6	22,3	15,9	21,8	21,1	
Outros	42,9	37,2	38,8	49,0	47,6	35,5	
Total	N	1.286	94	521	347	248	76
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Análise considerando apenas os usuários que responderam afirmativamente quando questionados se conseguem marcar tratamento odontológico nas UBS cadastradas.

** Análise considerando apenas os usuários que responderam que procuraram atendimento odontológico na última vez que tiveram problemas bucais.

*** Análise considerando apenas os usuários que não procuraram a UBS para o atendimento de urgência.

^a Inclui: hospital público; pronto atendimento 24 horas; pronto-socorro 24 horas; CEO.

^b Inclui: hospital particular; clínica particular; consultório particular.

Os dados analisados não permitem qualificar o tipo de acolhimento informado pelos respondentes, embora a informação de que quase metade das equipes não tem protocolo para a ação indique a fragilidade da prática no cotidiano dos serviços.

Souza *et al.* (2008) localizam o acolhimento como um processo baseado no compromisso que os trabalhadores e as instituições estabelecem com o território e as necessidades de saúde. A participação e a negociação são elementos constitutivos desse processo, motivo pelo qual é uma ferramenta potente para produzir mudanças na reorganização das práticas e na qualidade do cuidado prestado em saúde.

Organizar os serviços de saúde bucal de acordo com as necessidades da área adscrita, com pactuação de critérios de risco e vulnerabilidade, com o desenvolvimento de protocolos locais de atenção e com a construção de linhas de cuidado qualificaria o acesso e a integralidade da Atenção em Saúde Bucal.

A realização de ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária

é registrada nesta pesquisa por 50,5% dos entrevistados. No Norte e Nordeste, é menor o número de equipes que desenvolvem a ação, enquanto no Centro-Oeste a taxa está em torno da metade. No Sudeste, o percentual é proporcionalmente maior do que nas demais ($p < 0,001$).

Segundo os dados do SBBrasil 2010, a necessidade de uso de algum tipo de prótese na faixa etária de 35 e 44 anos foi de 68,8% dos examinados e na faixa etária de 65 e 74 foi de 92,7%. Para ambas as faixas, a maior necessidade é de prótese dentária para um maxilar (41,3 e 34,2%, respectivamente) (BRASIL, 2010). Ainda que tenha havido importante crescimento da oferta de laboratórios regionais de prótese (LRPD) na última década, somente 861 municípios tinham implantado tal serviço em 2013 (BRASIL, 2014). A dificuldade dos serviços em garantir a continuidade e a integralidade do tratamento reabilitador é evidenciada pelo baixo percentual (36,2%) de equipes de saúde bucal que informaram ter LRPD no município, o que justifica que só a metade realize busca ativa.

Campanhas para detecção de lesões suspeitas de malignidade e encaminhamento dos casos são ações realizadas por 72,6% das equipes, destacando-se os percentuais das regiões Sudeste (79,9%) e Sul (74,6%), que, por serem superiores às demais regiões, indicam a significância no teste ($p < 0,001$).

Segundo estimativa do Instituto Nacional do Câncer,

sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente nas regiões Sudeste (15,48/100 mil) e Nordeste (7,16/100mil). Nas regiões Sul (15,21/100mil) e Norte (3,2/100 mil), o sexto. Para mulheres, é o nono mais frequente nas regiões Sudeste (4,88/100mil) e Nordeste (3,72/100mil). Na região Norte (1,60/100 mil), ocupa a 11ª posição. Na região Centro-Oeste (3,3/100 mil), é o 12º mais frequente, na região Sul (3,09%/100 mil), o 15º (INCA, 2014).

Quando perguntados sobre a existência de fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca, 54,2% dos entrevistados responderam negativamente (*tabela 3*). Existe diferença significativa ($p < 0,001$) entre as regiões. O Sul e o Sudeste estão mais organizados (42,2% e 43,6%), enquanto a região Norte é a que apresenta menor condição de acesso ao paciente com suspeita de câncer de boca (69,0%).

No Brasil, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, a formação dos dentistas ainda centrada nos processos reabilitadores e cirúrgicos dentários e a incipiência de uma rede de cuidado para pacientes com câncer bucal influenciam negativamente tanto a capacidade de diagnóstico precoce, aumentando a taxa de sofrimento e mortalidade dos pacientes, como a construção de fluxos e inserção das equipes de saúde bucal em redes de cuidado oncológico (BIAZEVIC ET AL., 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

ATRIBUTO DA INTEGRALIDADE

Os resultados aqui discutidos incluem a integralidade desde a perspectiva do diagnóstico de necessidades, com base em conceito ampliado de saúde, avaliação de risco e vulnerabilidade, garantia de continuidade do tratamento até o acesso e o acompanhamento aos níveis complementares de cuidado.

A avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento é reportada como uma atividade do cotidiano da clínica por 90,5% dos respondentes, com pouca diferença entre os percentuais por região. As equipes do Sul e Sudeste são as que mais realizam a avaliação (92,1% em cada caso). A oferta de vagas definida em função do risco identificado é adotada por 82,9% das equipes, sendo que as equipes do Sudeste se sobressaem em relação às demais quanto à esta prática ($p = 0,022$).

Considerando o elevado percentual de respostas positivas para essas duas questões e a complexidade que envolve o manejo dos critérios de risco e vulnerabilidade no cotidiano dos serviços, sugere-se investigar com mais detalhes a adoção e a extensão desses conceitos no processo de trabalho das equipes. Estudos complementares podem contribuir para a divulgação de experiências em curso e, principalmente, para que se caracterizem as práticas que adotam tais critérios. A adoção da avaliação do risco e da vulnerabilidade é condição necessária para a construção do princípio da equidade e da integralidade do cuidado para além da clínica no seu sentido estrito.

A garantia de agenda pela equipe de Saúde Bucal (EqSB) para a continuidade do tratamento do usuário é referida por 85,8% profissionais respondentes. A pior situação em relação à garantia de agenda é no Nordeste (78,7%), enquanto o Sudeste se diferencia claramente das demais (93,7%), com percentual acima do nacional. Provavelmente daí venha a significância da diferença ($p < 0,001$).

Considerando o alto percentual de usuários que conseguem marcar consulta para

Tabela 2. Distribuição das equipes de saúde bucal entrevistadas no PMAQ-AB segundo características dos serviços em relação ao acesso de primeiro contato. Brasil e regiões, 2012

Variável		Região					Centro Oeste	p	
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul			
Agendamento de consultas									<0,001
A qualquer dia, a qualquer horário		38,2	32,4	26,4	50,5	42,6	41,1		
A qualquer dia, em horários específicos		12,1	16,3	9,2	13,7	14,4	11,0		
Em dias fixos, até três por semana		18,9	22,0	25,8	12,3	17,7	12,1		
Em dias fixos, mais de três por semana		7,7	9,5	10,7	6,0	5,3	3,3		
Outros		23,1	19,7	27,9	17,4	20,0	32,5		
Total	N	12.565	808	4.776	4.044	2.009	928		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Acolhimento à demanda espontânea em saúde bucal								0,441	
Sim		85,1	82,7	82,7	89,1	87,7	75,7		
Não		14,9	17,3	17,3	10,9	12,3	24,3		
Total*	N	12.559	808	4.778	4.038	2.008	927		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Utiliza protocolo de acolhimento à demanda espontânea								<0,001	
Sim		43,8	40,3	37,4	52,7	45,4	38,0		
Não		56,2	59,7	62,6	47,3	54,6	62,0		
Total*	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Promove ações para identificar pessoas que necessitam de prótese dentária								<0,001	
Sim		50,5	39,3	45,7	58,0	51,4	50,2		
Não		49,5	60,7	54,3	42,0	48,6	49,8		
Total*	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Realiza campanhas para detecção de lesões e encaminha casos suspeitos de câncer de boca								<0,001	
Sim		72,6	59,7	68,6	79,9	74,6	67,9		
Não		27,4	40,3	31,4	20,1	25,4	32,1		
Total*	N	12.556	808	4.777	4.037	2.008	926		
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

*Questionários com respostas Não sabe/Não respondeu não foram incluídos

o mesmo dia ou dia seguinte e os dados do SBBrazil 2010, que identificam uma grande parcela de pessoas que procuram o serviço para resolver dor e extração, os autores consideram importante associar uma análise de natureza qualitativa para apurar a informação, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Nessas regiões, o número de primeiras consultas odontológicas é baixo, o percentual de acesso em até um dia da procura é alto e onde os motivos de dor e extração são mais expressivos.

Deve-se considerar também que ao responderem sim para a garantia de consulta, os profissionais podem ter incluído as seguintes marcações, que representam uma falsa continuidade: agendamento com intervalos de tempo muito grande, aumentando o absenteísmo e os atendimentos de livre demanda, e as marcações feitas de forma espontânea e irregular pelo usuário, o que não caracteriza a continuidade do cuidado.

Quanto ao registro e o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca, 59,1% das equipes relatam executar tais ações. Os piores desempenhos estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (40,7, 51,0 e 52,2%, respectivamente). Apenas o Sudeste e o Sul parecem se preocupar com o registro e o acompanhamento, padrão que difere das demais regiões, o que pode explicar a diferença significativa encontrada ($p < 0,001$).

Em relação à atenção de média complexidade, complementar aos procedimentos da clínica básica, 62,6% responderam existir Centro de Especialidade Odontológica (CEO) de referência para a equipe. Não houve diferença significativa entre as várias regiões (*tabela 3*; $p = 0,248$).

Para as equipes com CEO, a existência de protocolos que definem fluxos para a referência e contrarreferência de usuários foi relatada por 78,2%. As regiões com menores percentuais foram o Nordeste e o Norte (71,9 e 77,4%, respectivamente). A solicitação de próteses a partir da unidade básica de saúde é realizada por 35,7% das equipes. As regiões que

apresentaram as menores proporções foram o Norte (25,8%) e o Nordeste (27,4%).

Para o atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, 52% informaram possuir protocolos. As regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram os maiores percentuais (62,4 e 59,1% respectivamente), enquanto o Nordeste teve o menor (43,2%), o que levou à diferença significativa entre as regiões ($p < 0,001$). Os menores percentuais para a presença de protocolos, localizados nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, podem estar relacionados à ausência de redes regionalizadas para a referência desses pacientes.

O tempo de espera para consultas de referência nos CEO variou entre as especialidades e as regiões. Para o Brasil, as especialidades de periodontia, cirurgia oral menor, radiologia e pacientes com necessidades especiais têm, proporcionalmente, o menor tempo de espera, pois apresentaram os maiores percentuais no intervalo entre um e quinze dias (34%, 32,1%, 57% e 39,2% respectivamente) (*tabela 4*).

Para a endodontia, 42,1% da demanda espera até 30 dias pelo atendimento. Entretanto, 20,2% têm o intervalo igual ou maior que 365 dias. Na comparação entre as regiões, observou-se que o Sul e o Sudeste apresentaram os maiores percentuais de espera para o intervalo maior ou igual a 91 dias (46,8 e 47,6% respectivamente). Identificou-se padrão similar para as regiões Sul e Sudeste que diferem das demais ($p < 0,001$). A região Centro-Oeste é a que apresenta maior percentual de tempo de espera de 365 dias ou mais.

O longo tempo de espera pode ser justificado pelo aumento da demanda para a especialidade, gerada pela melhoria de acesso aos serviços básicos de saúde bucal ao longo da última década. Com a implementação da PNSB, tem-se observado o crescimento gradual do número de CEO, embora insuficiente diante do número de equipes de saúde bucal e do perfil epidemiológico da população. Dados de 2012 mostraram a razão de um Centro de Especialidade para 22,5 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2014).

Tabela 3. Distribuição das equipes de saúde bucal entrevistadas pelo PMAQ-AB segundo características dos serviços em relação à integralidade. Brasil e regiões, 2012

Variável		Região						p
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca								<0,001
Sim		45,8	31,0	35,1	57,8	56,4	38,8	
Não		54,2	69,0	64,9	42,2	43,6	61,2	
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento								0,023
Sim		90,5	87,1	89,7	92,1	92,1	87,8	
Não		9,5	12,9	10,3	7,9	7,9	12,2	
Total *	N	12.556	808	4.776	4.037	2.008	927	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Oferta definida em função do risco identificado								0,022
Sim		82,9	80,4	80,9	86,2	82,5	81,5	
Não		17,1	19,6	19,1	13,8	17,5	18,5	
Total	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Garante agenda para a continuidade do tratamento								<0,001
Sim		85,8	85,1	78,7	93,7	85,8	88,1	
Não		14,2	14,9	21,3	6,3	14,2	11,9	
Total *	N	12.555	808	4.776	4.037	2.008	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Registra e acompanha casos suspeitos ou confirmados de câncer de boca								<0,001
Sim		59,1	40,7	51,0	69,0	68,9	52,2	
Não		40,9	59,3	49,0	31,0	31,1	47,8	
Total *	N	12.556	808	4.777	4.037	2.008	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Existe Centro Especializado de Odontologia (CEO) de referência								0,248
Sim		62,6	60,9	58,5	67,8	64,6	52,5	
Não		37,8	39,1	41,5	32,2	35,4	47,5	
Total *	N	12.548	808	4.774	4.033	2.007	926	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabela 3. (cont.)

Protocolos para referência e contra referência para CEO ou outro serviço especializado		<0,001					
Sim		54,5	50,6	47,2	62,7	60,0	46,5
Não		45,6	49,4	52,8	37,3	40,0	53,5
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Protocolos para solicitação de próteses dentárias a partir da UBS		<0,001					
Sim		35,7	25,8	27,4	45,3	40,1	35,6
Não		64,3	74,2	72,6	54,7	59,9	64,4
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Protocolo para atendimento a portadores de necessidade especiais		<0,001					
Sim		52,0	47,1	43,2	59,1	62,4	47,8
Não		48,0	52,9	56,8	40,9	37,6	52,2
Total *	N	12.544	807	4.774	4.032	2.005	926
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

*Questionários com resposta Não sabe/Não respondeu não foram incluídos.

Autores como Goes *et al.* (2012), após investigação nos CEOs, concluíram que a oferta das especialidades odontológicas deveria ser revisada, garantindo que aquelas que respondem pela maior demanda, como a endodontia e a prótese dental, estivessem presentes em todos os centros, devendo as demais ser incluídas somente na medida em que as análises locais informassem de sua necessidade.

O acesso para a especialidade de estomatologia está concentrado nas extremidades dos intervalos de espera: 44% aguardam no máximo até 30 dias e 48,3% esperam 365 dias ou mais para conseguir a consulta com o especialista. O Sudeste possui melhor situação que as demais. Na região Sul, o percentual de espera '365 ou mais dias' é maior do que na região Sudeste, diferença a ser destacada ($p < 0,001$). Na região Norte, o

tempo de espera de até 30 dias só responde por cerca de 30% dos casos.

É preocupante a informação de que o acesso ao diagnóstico oral, um procedimento complementar às ações de detecção precoce de lesões suspeitas de malignidade, seja tão demorado e inacessível. Essa situação se agrava nas regiões Norte (63,8%) e Nordeste (56,5%). No Brasil, é a especialidade que apresenta o maior percentual de respostas no intervalo de espera de 365 ou mais dias (48,3%), o que explica, em parte, a confirmação tardia do diagnóstico de câncer bucal no país (BIAZEVIC *ET AL.*, 2006; SANTOS; BATISTA; CANGUSSU, 2010).

Para a periodontia, o tempo de espera entre um e quinze dias predomina nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (44,7%, 46,8% e 30% respectivamente). Já no Sul e no Sudeste, a maior proporção está entre 16

e 30 dias (29,1% e 25,3%), respectivamente, onde $p < 0,001$. Comportamento semelhante foi o da cirurgia oral menor, que só difere da periodontia na região Sudeste, onde a espera de até 15 dias tem maior percentual de respostas (24,4%), com $p < 0,001$.

Nas especialidades de radiologia e atendimento aos pacientes com necessidades especiais, o tempo de espera predominante em todas as regiões é de até 15 dias. Entretanto, um terço das equipes (34,3%) relatou que o tempo de espera para uma consulta para

pacientes especiais, excede a um ano. O grande diferencial acontece no Nordeste, onde há o maior percentual para essa faixa de tempo de espera. A radiologia parece ser um problema para região Sudeste, com 28,2% dos casos demandando 365 dias ou mais. A diferença de padrão de atendimento foi considerada significativa ($p < 0,001$).

Numa avaliação geral, de acordo com os respondentes, os menores tempos de espera no Brasil (até 30 dias) são para as especialidades de radiologia (67,5%), periodontia (59%) e

Tabela 4. Distribuição das equipes entrevistadas no PMAQ-AB segundo tempo de espera para consulta de referência nos CEO. Brasil e regiões, 2012

Especialidade	Região						p
	Brasil (7.805)*	Norte (492)	Nordeste (2.795)	Sudeste (2.735)	Sul (1.297)	Centro Oeste (486)	
Endodontia							<0,001
1 a 15 dias	18,7	25,8	25,6	13,4	11,6	21,4	
16 a 30 dias	23,4	26,8	31,2	17,6	18,1	22,6	
31 a 90 dias	21,4	22,2	20,5	22,2	22,7	17,9	
91 a 364 dias	16,2	8,5	7,3	23,3	25,1	11,7	
365 dias ou mais	20,2	16,7	15,4	23,5	22,5	26,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Periodontia							<0,001
1 a 15 dias	34,0	44,7	46,8	24,9	22,9	30,0	
16 a 30 dias	25,0	22,2	23,9	25,3	29,1	21,4	
31 a 90 dias	14,0	9,3	6,4	19,3	18,4	20,0	
91 a 364 dias	7,1	2,4	1,6	11,2	11,6	8,8	
365 dias ou mais	20,0	21,3	21,3	19,3	17,9	19,8	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Cirurgia Oral Menor							<0,001
1 a 15 dias	32,1	40,2	43,7	24,4	19,4	34,0	
16 a 30 dias	25,6	22,2	25,8	24,2	29,2	25,3	
31 a 90 dias	14,1	10,4	7,9	19,1	19,3	10,9	
91 a 364 dias	7,4	3,3	1,9	12,1	11,5	4,7	
365 dias ou mais	20,9	24,0	20,6	20,2	20,6	25,1	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabela 4. (cont.)

Estomatologia	0,018					
1 a 15 dias	30,7	20,5	30,2	37,0	24,2	26,7
16 a 30 dias	13,3	10,2	10,2	15,9	15,6	13,4
31 a 90 dias	4,7	3,3	1,7	6,5	6,5	3,3
91 a 364 dias	3,0	2,2	1,5	4,2	4,3	2,5
365 dias ou mais	48,3	63,8	56,5	36,5	47,4	54,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Radiologia	<0,001					
1 a 15 dias	57,0	58,5	62,2	54,6	49,8	57,3
16 a 30 dias	10,5	15,8	9,1	10,4	12,4	10,5
31 a 90 dias	2,9	3,7	1,5	3,5	4,0	3,4
91 a 364 dias	2,5	2,3	1,0	3,4	4,4	2,5
365 dias ou mais	27,1	19,8	26,2	28,2	29,4	26,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pacientes com necessidades especiais	0,946					
1 a 15 dias	39,2	44,1	44,2	34,8	34,5	43,0
16 a 30 dias	17,3	13,0	14,1	19,1	22,7	15,2
31 a 90 dias	6,6	5,1	3,4	9,0	9,8	4,7
91 a 364 dias	2,6	1,4	1,2	3,9	3,6	2,3
365 dias ou mais	34,3	36,4	37,1	33,2	29,5	34,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

*Incluídas somente as EqSB que têm CEO de referência

cirurgia oral menor (57,7%). As especialidades com os maiores percentuais de tempo de espera de 365 dias ou mais são a estomatologia (48,3%), o atendimento aos pacientes especiais (34,3%) e a radiologia (27,1%)

Considerações finais

Os resultados apresentados descrevem e caracterizam aspectos do processo de trabalho das equipes, particularmente sobre o acesso e a integralidade, e as características de acesso relatadas pelos usuários durante a Avaliação Externa. Entretanto, a leitura das informações precisa considerar, nesse caso, tanto o

limite explicativo dos dados exclusivamente quantitativos, em face da complexidade e variabilidade das modelagens assistenciais que operam simultaneamente no país, como a natureza da coleta que tem nos resultados da Avaliação Externa desdobramentos políticos e financeiros para gestão municipal. Considerar também que os dados se referem somente às equipes com saúde bucal que aderiram ao PMAQ-AB e não ao universo das unidades básicas de saúde do país - e que foram incluídos somente os usuários que conseguiram atendimento com o dentista.

Para a maioria das questões analisadas, mesmo considerando as ponderações acima, houve diferença significativa entre as regiões

quanto ao acesso de primeiro contato e à organização dos serviços.

O alto percentual de procura por consulta com o dentista relatado pelo universo dos entrevistados nas unidades básicas de saúde caracteriza a existência de demanda pelo cuidado em saúde bucal. A maior proporção de usuários conseguiu agendamento num intervalo entre dois e quinze dias, o que pode sugerir uma mudança na organização da porta de entrada. Tal tendência não está caracterizada na região Norte, onde o maior percentual de espera é de até um dia, o que sugere o predomínio do pronto atendimento.

A unidade básica de saúde é reconhecida como um importante recurso para os respondentes, dado que a maioria recorreu a ela quando teve alguma urgência na boca, indicando que tem se configurado como o primeiro contato dos usuários em todas as regiões. Entretanto, problemas de infraestrutura e de gestão da porta de entrada ainda são motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços.

Segundo os profissionais, o acolhimento está sendo realizado, mas a maioria não comprova a existência de um protocolo, demonstrando a fragilidade da gestão local sobre o processo de trabalho setorial. Nesse caso, a informação da ausência de protocolo desqualifica diretamente o alto percentual de respostas que referem positivamente a utilização de critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade no atendimento à demanda espontânea.

Há registro de esforços na identificação de grupos preferenciais para realização de diagnóstico precoce de câncer de boca ou para oferta de procedimentos de prótese. Entretanto, evidencia-se a ausência de fluxos preferenciais e de rede complementar estruturada que dê suporte a essas ações. A falta de condições para que as equipes coordenem o acesso aos serviços complementares subtrai a possibilidade da garantia da integralidade

do cuidado clínico. De outra forma, essa situação perpetua uma dívida histórica com os cidadãos, tornando natural a perda de anos de vida, exclusão e sofrimento.

Da mesma forma, devem-se estudar e pensar medidas específicas para produzir mudanças na qualidade do registro e do acompanhamento de casos suspeitos ou confirmados de câncer bucal, particularmente na região Nordeste, onde está a quarta maior taxa estimada de incidência de câncer de boca em homens em 2014 (BRASIL, 2014B).

O alto percentual de respostas afirmativas quanto à garantia da continuidade do tratamento precisa ser mais bem estudado, pois não condiz com os resultados encontrados sobre perfil do agendamento na atenção primária e sobre o acesso a outros níveis de complexidade, particularmente nas regiões Norte e Nordeste.

O acesso à prótese dental é muito limitado. A diretriz de execução da fase clínica nas unidades básicas de saúde não é uma realidade e o acesso das equipes a LRPD ainda é insatisfatório para atender à demanda acumulada no país.

O tempo de espera para as consultas de média complexidade no CEO variou entre as especialidades e as regiões. A endodontia foi a especialidade com maior demanda, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, apresentando percentual de espera igual ou maior a 90 dias.

Os dez anos da Política Nacional de Saúde trouxeram a necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal e dos serviços de média complexidade no país, embora os atributos de acesso e integralidade, avaliados no universo de equipes participantes do ciclo I do PMAQ-AB, estejam longe de ser considerados satisfatórios.

Por fim, reafirma-se que investimentos na qualificação da gestão ou gerência setorial são condição necessária para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção em Saúde Bucal no país. ■

Referências

- ANDRADE, M.V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.
- BIAZEVIC, M. G. H. et al. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da Atenção em Saúde Bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 15abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília:Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, 17)
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SBBrazil 2010*: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 06 maio 2014.
- CALVO, M. C. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: GOES, P.S.A.; MOYSÉS, S.J. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.
- CONTARATO, P. C. *Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo*. 2011. 163 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2014.
- GOES, P. S. A. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, suppl., p. s81-s89, 2012.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Acesso e utilização dos serviços de saúde*: PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- _____. *Um panorama da saúde no Brasil*: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Tipos de Câncer*. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 02 mar 2014.
- MAIA, L. S; KORNIS, G. E. M. A reorganização da atenção à saúde bucal frente aos investimentos federais: a experiência fluminense. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-95, jan./mar. 2010.

PERES, K.G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, abr. 2012.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, suppl., ago. 2012 Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. *Braz. j. otorhinolaryngol*, São Paulo, v. 76, n. 4, aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en&nr_m=iso>. Acesso em: 02 mar. 2014.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, s100-s110, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia

Organization of health care for chronic conditions by Family Health teams in the Amazon

Luiza Garnelo¹, Ana Cyra dos Santos Lucas², Rosana Cristina Pereira Parente³, Esron Soares Carvalho Rocha⁴, Maria Jacirema F. Gonçalves⁵

¹Doutora em Ciências Sociais pelo departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. Professora da Universidade Nilton Lins – Manaus (AM), Brasil. malupereira2011@gmail.com

²Doutora em Toxicologia e Legislação Sanitária pela Universidade de Santiago de Compostela – Santiago de Compostela (Galiza), Espanha. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. alucas@ufam.edu.br

³Doutora em Estatística Experimental pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa Saúde Sociedade e Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. rosanacpparente@gmail.com

⁴Mestre em Sociedade e Cultura pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. Docente da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. willy.rocha@hotmail.com

⁵Doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. Docente da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. jaciremagoncalves@gmail.com

RESUMO Este estudo tem por objetivo descrever a organização do cuidado especialmente direcionado a condições crônicas por equipes da Estratégia Saúde Família no estado do Amazonas e região Amazônica, Brasil. Trata-se de pesquisa avaliativa baseada em observação em unidades básicas de saúde e entrevistas com profissionais. Os resultados indicam alta rotatividade de profissionais, baixa disponibilidade de insumos indispensáveis ao atendimento; organização fragmentária do cuidado; limitado uso de protocolos, planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade. A situação reflete-se em falta de longitudinalidade e integralidade do cuidado, pautado em demanda espontânea e voltado às queixas clínicas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Básica à Saúde; Saúde da família; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT We describe health care organization, mainly as for chronic diseases, by Family Health Strategy teams in Amazonas State and Amazon region, Brazil. The assessing research grounds on basic health units' observation and on interviews with professionals. The results indicate high professionals' turnover, low availability of essential inputs to care; fragmented care organization; limited use of protocols, planning and scheduling based on risk and vulnerability criteria. The current condition is reflected in the lack of care longitudinal follow up and comprehensiveness, which relies on spontaneous demand and is addressed to clinical complaints.

KEYWORDS Primary Health Care; Family health; Family Health Strategy.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais para a garantia de acesso aos serviços de saúde, com prioridade para a Atenção Básica Em Saúde, que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária à sua expansão e consolidação (BRASIL, 2011A). No âmbito do SUS, a Atenção Básica (AB) tem sido considerada uma forma de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011A).

O atendimento a tais objetivos demanda reorganização dos processos de trabalho de equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) e em particular do cuidado ali ofertado, respeitando as necessidades da população no território adscrito às equipes de saúde da família. Nesse contexto, observa-se preocupação com a avaliação da Atenção Básica (CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ROCHA *ET AL.*, 2008; VAN STRALEN *ET AL.*, 2008; SARTI *ET AL.*, 2012), embora sejam escassas as publicações sobre a organização do cuidado, considerada elemento central para a conversão do atual modelo assistencial praticado no âmbito do SUS (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002; CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ALVES JUNIOR, 2011). Algumas publicações que avaliaram a qualidade da atenção também abordaram, tangencialmente, a qualidade do cuidado e concluíram que, embora apontada como estratégia de reestruturação do sistema de atenção à saúde, a atuação das equipes de Saúde da Família permanece presa ao modelo de atendimento biomédico e centrada no procedimento fragmentário, oriundo da demanda espontânea (SCOREL *ET AL.*, 2007; MELO *ET AL.*, 2008; COSTA *ET AL.*, 2009). Os mesmos autores consideram a reduzida prioridade conferida à prevenção

e promoção à saúde, ao lado da ausência de ações intersetoriais. Quando ocorre, é algo feito à custa do engajamento dos agentes comunitários de saúde, com limitada participação de profissionais de nível superior (CAMPOS, 2006; SCOREL *ET AL.*, 2007; MELO *ET AL.*, 2008).

Nesse cenário, considera-se que os avanços de extensão de cobertura promovidos pela ESF ainda não redundaram na preconizada reorganização das práticas assistenciais nem alcançaram a capacidade de intervir em determinantes sociais do processo saúde-doença, causando impactos positivos nas condições de vida da população atendida na AB (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; OMS, 2008; RASANATHAN *ET AL.*, 2011).

A forte presença da atenção programática na AB guarda congruência com prioridades epidemiológicas identificadas pelas autoridades sanitárias, o que a torna um relevante vetor organizativo da oferta de cuidados nas unidades de saúde da família (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; SCOREL *ET AL.*, 2007). Dentre as diversas modalidades de atenção programática, assinala-se a centralidade do programa de controle de hipertensão e diabetes (Hiperdia), assinalado por diversos autores (SCOREL *ET AL.*, 2007; ALVES JUNIOR, 2011) como um dos programas de saúde com elevada extensão de cobertura e significativa importância epidemiológica, dado o crescimento da morbimortalidade pelas chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) (ALVES JUNIOR, 2011). A literatura sobre a organização do cuidado às DCNT é reduzida, pois há priorização de temas específicos, como cuidados com o pé diabético (BRASIL, 2006A) e com a pressão arterial (BRASIL, 2006B). Registre-se a exceção representada pelo artigo de Souza e Garnelo (2008), que analisou a prestação de cuidados a hipertensos e diabéticos em unidade da ESF em Manaus, detectando atividades marcadas pela descontinuidade, fragmentação, baixa resolutividade e falta de acesso aos níveis secundários e terciários de atenção.

O imperativo de aprimorar a organização e melhoria do acesso e qualidade da atenção

à saúde tem gerado iniciativas de monitoramento e avaliação, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012) e a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2012), que atribuem às unidades de saúde da família o papel central na coordenação do cuidado, nos diversos níveis de resolatividade, com vistas à promoção da saúde e da integralidade do cuidado (PAIM, 2002; MALTA; MERHY, 2010).

Uma das inovações trazidas por tais enfoques toma como base o conceito de condições crônicas de saúde, promovendo o cuidado como categoria nucleadora para a (re) organização do serviço. Condições crônicas de saúde são circunstâncias na saúde das pessoas, apresentam-se de forma mais ou menos persistentes e exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários; seu conceito vai além daquele de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez e o acompanhamento dos ciclos de vida (MENDES, 2012).

O conceito de condições crônicas de saúde permite superar o enfoque convencional centrado na doença e priorizar a organização do trabalho da equipe como ferramenta de provisão de cuidados adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde que afligem determinada população. Outra vantagem desse enfoque é a possibilidade de tratar de forma unitária diversos tipos de cuidado voltados para o controle de agravos de longa duração, que exigem respostas longitudinais do sistema de saúde. Entretanto, no âmbito da atenção programática, ainda são tratados como singularidades, demarcadas pela etiopatogenia particular de cada uma das doenças de interesse epidemiológico, o que justifica a existência do programa de saúde (MENDES, 2012).

Este texto visa a descrever aspectos relacionados à organização do cuidado em saúde – especialmente aqueles direcionados às

condições crônicas selecionadas – providos por equipes que atuam na ESF no estado do Amazonas e na região Amazônica, norte do Brasil, que aderiam ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde (MS), na etapa avaliativa realizada em 2012.

Métodos

Os dados foram coletados no âmbito do PMAQ-AB, no componente de Avaliação Externa, Ciclo 1 (BRASIL, 2011B; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012), onde ocorreu a aplicação de três módulos de questionários (BRASIL, 2012) em meio eletrônico: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; e Módulo III – Entrevistas com usuários. Para este estudo, priorizaram-se itens dos módulos I e II, permitindo analisar os aspectos relacionados à organização do cuidado dirigido às condições crônicas.

O PMAQ-AB é uma pesquisa avaliativa de tipo normativa, que adota como eixo elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento das UBS; valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e à utilização, participação e satisfação dos usuários. Avalia-se, por equipe de Saúde da Família, o acesso à implantação de dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção às linhas de cuidado priorizadas (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Do amplo banco de dados gerado pela pesquisa, filtraram-se somente as questões de interesse para o controle das condições crônicas que, para fins deste artigo, compreenderam ações de prevenção e controle da diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. Em congruência com os princípios da

avaliação normativa, utilizaram-se as normas técnicas da atenção programática para o controle desses agravos, como padrão de referência para avaliar a disponibilidade e realização de tais rotinas nas unidades de saúde. As variáveis selecionadas para proceder à avaliação estão dispostas nas *tabelas 1 a 6*, na seção Resultados.

Realizou-se a coleta de dados em todo o país durante o período de junho a setembro de 2012 por uma rede de pesquisadores envolvidos com a Avaliação Externa, mediante uso de instrumento (BRASIL, 2012) produzido por meio de consenso entre pares, em fase anterior à coleta. Os entrevistadores foram previamente treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades de saúde da família que optaram pela adesão ao PMAQ-AB. Aplicou-se a entrevista em profissionais responsáveis pelas equipes e avaliaram-se os itens relativos a equipamentos, suprimentos e estrutura física das unidades de saúde onde as equipes atuam por meio de verificação *in loco*.

Universo da Pesquisa: tomando-se como base os dados da avaliação do Brasil como um todo, foram selecionadas informações relativas a 173 equipes que atuam em 26 municípios no estado do Amazonas (42% do total de 62 municípios); a 872 equipes que atuam em 253 municípios dos outros estados da Amazônia (Pará, Amapá, Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins); e a 17.202 equipes no Brasil. A adesão voluntária foi a base para a realização das ações de Avaliação Externa do PMAQ-AB, portanto, a seleção das equipes para análise não foi randômica, e, sim, relativa ao universo das equipes que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo MS.

Tratou-se os dados por equipe avaliada (entrevista com profissionais) ou por UBS (observação da estrutura). A análise foi realizada segundo a frequência de respostas afirmativas na região Norte e no Brasil, tratando-se em separado os dados relativos ao estado do Amazonas com vistas à comparação do Estado com o restante da Amazônia e com o cenário brasileiro como um todo.

Resultados

Quase todos os profissionais que responderam ao questionário de Avaliação Externa para o Amazonas e conjunto da Amazônia são enfermeiros (91,9% e 94,3%), seguidos de médicos (6,9% e 3,0%) e cirurgiões-dentistas (1,2% e 2,7%). O tempo mediano de atuação do profissional na equipe avaliada foi de um ano para o Amazonas e de dois anos para o restante da região e para o Brasil. Quanto à formação complementar à graduação, 83,4% concluiu especialização ou residência, sendo 79,2% no Amazonas e 73% na região Norte; somente dois (1,2%) profissionais no Amazonas e seis (0,7%) na região Norte cursaram a área de saúde pública ou saúde da família e comunidade.

A *tabela 1* lista alguns materiais e serviços disponíveis nas UBS considerados necessários à organização do cuidado a usuários com condições e agravos crônicos neste estudo. Observa-se que a consulta está disponível em apenas 94,8% das UBS no Amazonas e que esses percentuais são de somente 85,5% e 91% para o restante da região e do Brasil, respectivamente. A consulta de enfermagem apresenta percentual maior no Amazonas (97%) do que no restante da região Norte (95,6%) e do Brasil como um todo (91%), embora o profissional enfermeiro não esteja disponível em todas as UBS cujas equipes aderiram ao PMAQ-AB. Quanto aos insumos, os itens antropômetro, tensiômetro, balança 150 kg, estetoscópio, glicosímetro, glicofita e fita métrica, necessários ao acompanhamento de hipertensos, diabéticos e obesos, não estão disponíveis em todas as UBS, seja no Amazonas, na região Norte ou no Brasil. No entanto, o baixo percentual de antropômetros no Amazonas e a disponibilidade, em pouco mais de 90% dos casos, de somente um tensiômetro e um estetoscópio por equipe é fato relevante.

As atividades de programação do cuidado informadas pelos entrevistados estão na *tabela 2*. Nela, se observa que, em quase todos os

Tabela 1. Percentual de unidades de saúde que dispõem dos serviços ou materiais para a Atenção Básica, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Um ou mais serviços ou materiais disponíveis aos usuários e equipe	Amazonas n=134	Norte** n=690	Brasil n=13.920
Consulta médica	94,8	85,5	91
Consulta de enfermagem	97	95,6	96,5
Serviço de Acolhimento	55,2	59,1	76,9
Sala de Acolhimento*	10,4	31,7	33,5
Antropômetro*	45,5	58,7	57,9
Tensiômetro adulto*	97,8	99	98,5
Balança 150 kg*	87,3	85,2	81,9
Balança 200 kg*	8,2	12,9	15,1
Estetoscópio adulto*	96,3	95,8	98
Glicosímetro*	94	87,4	94,9
Oftalmoscópio*	11,2	12,5	12,8
Fita métrica (sempre disponível)	89,5	91,4	95,5
Glicofita (sempre disponível)	77,6	67,2	86,5
Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade para hanseníase*	11,2	56,2	22,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de Unidades Básicas de Saúde

** Norte exceto Amazonas.

* Possui pelo menos uma unidade na UBS

itens referentes ao planejamento de ações, organização e programação do cuidado, a região Norte apresenta percentual de realização semelhante ao do resto do Brasil. Já o estado do Amazonas, apresenta percentual de realização mais elevado que o restante da Amazônia para os itens de planejamento e programação e para intervenções da equipe matricial no território. Ressalte-se que a comprovação da realização dessas atividades foi menos frequente que sua declaração.

Quanto à oferta de exames, encaminhamentos e acompanhamentos de usuários em condições crônicas, apresentados na *tabela 3*, verifica-se, no Amazonas, que a oferta está disponível em mais de 90% das equipes somente para exames de creatinina, eletrocardiograma e baciloscopia para tuberculose. Quanto aos outros estados da Amazônia, somente o acesso a consulta para oftalmologia

em até 30 dias tem percentual menor que aquele encontrado para o Amazonas (cerca de 50% das equipes).

Para o cuidado clínico dirigido aos diabéticos, faltam oftalmoscópios em mais de 80% das equipes avaliadas (*tabela 1*). Tal realidade gera demanda de encaminhamento de pacientes para outros serviços, que, na maioria dos casos, demandam mais de 30 dias para consulta (*tabela 3*). É um cenário que explica a baixa realização de exame periódico de fundo de olho, referido positivamente por apenas 20,2% das equipes do Amazonas e 25,5% para outros estados amazônicos, contra 40,3% para o resto do Brasil (*tabela 3*). Na *tabela 4*, avalia-se a oferta de cuidados balizados por protocolos técnicos, por classificação de risco e vulnerabilidade, por busca ativa de faltosos e para cuidado supervisionado. O acompanhamento de usuários

Tabela 2. Percentual de equipes que referem atividades de planejamento e programação do cuidado, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de programação e planejamento do cuidado	Amazonas n=173	Norte ** n=1.045	Brasil n=17.202
Planejamento de ações da equipe	73,4	82,2	86,6
Comprovação de planejamento	51,2	66,9	72,41
A equipe planeja ou programa considerando as questões ambientais e do território §	53,8	48,6	60,6
NASF realizam intervenções no território junto com a equipe § §	51,5	41,7	61,8
Profissionais do acolhimento foram capacitados para classificação de risco ***	43,5	57,6	57,8
Equipe realiza classificação de risco no acolhimento ¶	80,0	94,8	92,6
Equipe define resposta conforme o risco identificado no acolhimento ¶ ¶	54,2	75,8	73,0
Programa consultas para usuários que necessitam de cuidado continuado	86,7	91,4	91,0
Comprovação de programação de consultas para usuários em cuidado continuado	66,0	83,6	86,6
Programa consultas para hipertensos e diabéticos	98,0	98,6	97,2
Programa consultas para obesos	30,3	42,0	44,5
Programa Consultas hipertensos e diabéticos conforme estratificação de risco ¶¶	91,7	92,3	90,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas.

§ somente para as equipes que comprovam planejamento

§§ somente para equipes que recebem apoio matricial

*** equipes que realizam acolhimento

¶ equipes que possuem protocolo para acolhimento

¶¶ equipes que realizam avaliação de risco e vulnerabilidade

|| equipes que comprovam programação para consultas em cuidado continuado

com tuberculose ou hanseníase foi realizado por cerca de 80% e 70% das equipes no Amazonas, respectivamente. No restante dos estados analisados, mais de 90% das equipes possui registro desses usuários, embora o acompanhamento por meio do tratamento diretamente observado (TDO) tenha sido declarado em menor proporção. De modo geral, o uso de protocolos terapêuticos para o conjunto de agravos analisados é baixo em todas as equipes avaliadas, sendo incipiente a classificação de risco para orientar os procedimentos clínicos no Amazonas (45,8% das equipes), com valores mais elevados para o restante da Amazônia (79,1%).

A *tabela 5* traz o registro e realização de atividades referentes à visita e aos cuidados domiciliares segundo os critérios de risco e vulnerabilidade, clínica e social, instituídos pela ESF. No Amazonas, o percentual de realização dessas atividades é baixo, principalmente no que se refere ao protocolo de prioridades para visita domiciliar (13,3%) e à agenda para visita domiciliar (56,1%), atividades consideradas para todas as equipes com adesão ao PMAQ-AB. Já a visita domiciliar, realizada de acordo com a estratificação de risco, foi declarada por 95,6 % das equipes, que informaram utilizar protocolos e realizar classificação de risco e vulnerabilidade. Para

Tabela 3. Percentual de equipes que ofertam exames ou encaminham para especialistas, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de oferta de exames, encaminhamentos e acompanhamentos	Amazonas n=173	Norte ** n=1.045	Brasil n=17.202
Oferta exame de creatinina	95,4	95,8	97,3
Oferta exame de perfil lipídico	86,7	84,9	92,4
Oferta exame eletrocardiograma	90,8	86,2	93,7
Oferta exame de hemoglobina glicosilada	64,2	85,4	92,8
Realizou encaminhamento ao cardiologista	64,2	64,1	69,6
Até 30 dias para obter consulta com cardiologista*	65,8	51,2	57,1
Realizou encaminhamento ao oftalmologista	65,3	63,8	68,6
Até 30 dias para obter consulta com oftalmologista *	71,7	49,6	48,0
Realiza exame do pé diabético periodicamente	48,5	56,0	57,8
Realiza exame de fundo de olho periodicamente	20,2	25,5	40,3
Oferta baciloscopia para tuberculose	96,5	97,1	97,6

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas.

* somente para as equipes que realizaram encaminhamento

o restante da Amazônia, esse cenário é cerca de 20% maior que do estado do Amazonas, com frequência semelhante para as atividades de cadastramento de usuários que necessitam cuidados no domicílio e de acamados no território. Ressalta-se que, para 100% das equipes do Amazonas e 99% dos demais estados, os entrevistados declararam que as equipes realizam visita domiciliar.

A *tabela 6* evidencia os cuidados dirigidos à promoção da saúde, atividades educativas e outras atividades intersetoriais. Nesses quesitos, a atuação das equipes no Amazonas alcança baixos percentuais, sendo perceptível o predomínio de atividades preventivas dirigidas aos indivíduos, em detrimento de atividades grupais ou comunitárias. No restante da Amazônia, o percentual de equipes que realizam tais atividades é mais elevado, especialmente na organização de agenda para as atividades comunitárias (75,9%), e, dentre estes os que comprovaram tanto a sua realização (84,7%) como a de grupos de apoio para o autocuidado (50,8%). Tais

percentuais são semelhantes ao observado para o restante do Brasil. Ressalta-se que no Amazonas a oferta de ações educativas para prevenção de tuberculose (78%) ou hanseníase (74,6%) ocorre em menor proporção que para o restante da Amazônia.

Discussão

Um ponto comum à situação das equipes nas unidades federadas da Amazônia, em comparação a outras regiões do país, é o restrito número de profissionais com formação complementar que os capacite para atuar na rede básica de serviços de saúde (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002). Dentre os que detêm formação complementar, é ainda mais reduzido o percentual dos que se qualificaram para atuar na ESF. A esse quadro se associam a precariedade - ou mesmo a inexistência de contrato formal - do vínculo trabalhista e a elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo ainda mais a capacidade de atuação da rede

Tabela 4. Percentual de equipes que referem o uso de protocolos e atividades de acompanhamento de usuários, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Protocolos e acompanhamentos de usuários com condições crônicas	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hipertensão e diabetes	50,3	70,6	70,3
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para tuberculose	58,4	72,1	70,6
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hanseníase	57,8	71,1	67,6
Utiliza ficha ou cadastro para acompanhamento de hipertensos e diabéticos	91,9	98,7	94,1
Possui registro de hipertensos e diabéticos com maior risco ou gravidade	45,8	79,1	72,9
Renova receitas em casos de cuidado continuado sem precisar marcar consultas	84,4	84,2	81,5
Coordena fila de espera e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em atendimento externo	31,8	51,7	52,2
Comprova registro de casos com tuberculose*	93,2	93,0	89,8
Realiza acompanhamento dos casos com tuberculose por meio de TDO*	82,1	88,5	83,3
Realiza busca ativa de faltosos de TDO em tuberculose*	89,6	94,4	93,2
Comprova registro de casos com hanseníase*	81,4	95,4	86,2
Realiza acompanhamento dos casos com hanseníase por meio de TDO*	70,9	86,7	75,7
Realiza busca ativa de faltosos de TDO em hanseníase*	91,1	95,2	93,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas

* somente para as equipes que possuem registro de casos

TDO = Tratamento Diretamente Observado

APS na região, corroborando os achados de Camargo Jr. *et al.* (2008) e de Sarti *et al.* (2012), que constaram que a precariedade de vínculo empregatício leva os profissionais a mudar frequentemente de equipe e de município de atuação. Nesse contexto, os esforços para capacitar e especializar os profissionais que atuam na ESF acabam sendo solapados pela rápida mudança dos componentes das equipes (CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Além disso, a atenção às condições crônicas pressupõe vínculo longitudinal e continuidade na atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), algo difícil de ser obtido no

cenário de elevada rotatividade de profissionais aqui descrito.

O aporte de materiais influencia na oferta adequada do cuidado, tendo sido considerado como fator que contribui para a melhoria do planejamento e da organização do processo de trabalho (SARTI *ET AL.*, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No que diz respeito à disponibilidade de cuidados e serviços voltados para os portadores de condições crônicas, o cenário apreendido a partir dos dados é o de que os insumos mínimos necessários à execução de tarefas assistenciais voltadas para agravos crônicos são claramente insuficientes

Tabela 5. Percentual de equipes que realizam atividades de planejamento e execução de visita domiciliar, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades relacionadas à visita domiciliar	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Equipe realiza visita domiciliar	100,0	99,0	99,6
Agenda organizada para visita domiciliar ***	56,1	76,4	77,0
Comprovação de agenda para visita domiciliar*****	77,3	94,4	93,1
Equipe comprova protocolo de prioridades para visita domiciliar ****	13,3	37,8	35,0
As famílias são visitadas de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade ***	95,6	97,2	97,7
Na visita domiciliar, o ACS realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios ***	72,8	81,0	78,0
Na visita domiciliar, o ACS realiza busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos***	93,1	93,7	88,8
Levantamento dos que necessitam cuidados no domicílio	50,9	63,9	70,4
Registro de acamados no território	57,8	56,5	69,9
Registra consultas e atendimentos realizados no domicílio	85,5	94,4	96,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

ACS= Agente Comunitário de Saúde

** Norte exceto Amazonas

*** somente para as equipes que realizam visita domiciliar

**** somente para as equipes que comprovam protocolo de prioridades para visita domiciliar

***** equipes que têm agenda organizada para visita domiciliar

nos serviços avaliados na região amazônica como um todo, em que pese a disponibilidade heterogênea de alguns itens. Até aqueles simples e de baixo custo, como estetoscópios e tensiômetros, não alcançam sequer a proporção de um exemplar por equipe, quando o desejável seria que houvesse pelo menos um para cada profissional atuante na equipe, incluídos os agentes comunitários de saúde. Nesse item, embora o estado do Amazonas apresente situação mais favorável quando comparado à região Norte como um todo, permanece inferior à necessidade dos serviços. Materiais como glicofita, antropômetro, oftalmoscópio e balança para pessoas com até 200 kg – ferramentas essenciais para uma organização racional e efetiva do processo de trabalho do programa Hiperdia – são raros na rede de AB para o conjunto da região.

Trata-se de amplo quadro de carências e problemas já detectados em processos avaliativos anteriores, tal como o desenvolvido no Estudo de Linha de Base, viabilizado por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF (FACCHINI *ET AL.*, 2008; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2008), cuja solução parece caminhar lentamente no âmbito municipal. Entretanto, há que se chamar a atenção para que a gestão dos serviços e sistemas de saúde, para além de articular um programa como o PMAQ-AB, também precisa viabilizar a oferta de insumos necessários à operacionalização das políticas de saúde, atendendo tanto às demandas dos sistemas de saúde, quanto às necessidades da população.

Dentre as modalidades de cuidado ofertadas pelas equipes de Saúde da Família, verificou-se predomínio absoluto da atenção programática. Entretanto, os dados mostram que

os protocolos preconizados são realizados apenas parcialmente e que as respostas dos entrevistados sobre o modo como desenvolvem tal atividade são bastante contraditórias. Tais problemas não são novos e nem exclusivos da Amazônia, já tendo sido apreendidos por autores como Favoreto e Camargo Junior (2002) e Facchini *et al.* (2008), representando um dos grandes obstáculos à consolidação da ESF. Para Gomes e Pinheiro (2005), sua superação envolve a integralidade - aqui entendida como um modo de organizar as práticas -, exigindo a horizontalização da atuação das equipes, a valorização do cuidado e o deslocamento da centralidade do trabalho médico em favor da atuação coordenada da equipe para que possa superar a fragmentação que tende a ocorrer na atenção programática. Em termos clínicos, demanda também o aproveitamento de oportunidades, a aplicação de protocolos de diagnóstico e a identificação de situações de risco para a saúde, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade.

No caso da Amazônia, se tomado como exemplo o programa Hiperdia (tabela 2), verifica-se um elevado percentual de respondentes que dizem fazer classificação de risco

no acolhimento (80% no Amazonas, 94,8% no resto do Norte e 92,6% no resto do Brasil), mas os mesmos respondentes apontam percentuais igualmente elevados de profissionais que não foram capacitados para fazer a referida avaliação. Dentre os que alegam planejar a realização de cuidados continuados há um elevado percentual dos que não dispõem de meios de comprovação desse planejamento nem do uso de critérios e parâmetros para subsidiar a definição de prioridades no planejamento das ações.

Tal modo de atuação destoa das recomendações de especialistas como Malta e Merhy (2010), para quem a reorganização do processo de monitoramento e controle das condições crônicas exige o mapeamento, identificação e planejamento das intervenções dirigidas a grupos populacionais em situação de risco, levando em consideração as necessidades singulares e a autonomia dos sujeitos tomados como parâmetro que orientam a seleção de escolhas terapêuticas congruentes com suas necessidades clínicas e com seus modos próprios de viver.

Dentre os entrevistados, houve elevado percentual de respostas positivas para a oferta

Tabela 6. Percentual de equipes que desenvolvem atividades referentes à promoção da saúde e atividades em grupo, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de educação e promoção da saúde	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Agenda organizada para atividades comunitárias	51,4	75,9	78,5
Comprovação de agenda para atividades comunitárias*	70,8	84,7	86,7
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento da hipertensão e diabetes	93,1	93,1	91,5
Realiza grupos de apoio de autocuidado para doenças crônicas	32,9	50,8	53,7
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento de tuberculose	78,0	80,8	54,2
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento de hanseníase	74,6	83,3	51,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** exceto Amazonas

* somente para as equipes que organizam atividades comunitárias

de exames laboratoriais para hipertensos e diabéticos, tanto no Amazonas como em toda a região Norte. Distinta, porém, é a situação da oferta de cuidados clínicos – simples, mas efetivos e essenciais para acompanhamento e diagnóstico precoce de agravamento da situação de saúde do usuário (BRASIL, 2006A) –, como o exame do pé diabético e de fundo de olho, cujo percentual de realização é praticamente nulo nas equipes avaliadas.

É paradoxal o fato de que a rede de serviços mostre maior capacidade de ofertar exames complementares de diagnóstico (*tabela 3*) do que de realizar acompanhamento clínico rotineiro dos usuários do Hiperdia, seguir protocolos terapêuticos padronizados (*tabela 4*) e elaborar plano de cuidados que considere a estratificação de risco capaz de orientar prioridade no atendimento (*tabela 2*). Tais procedimentos são de baixo custo e de realização factível em qualquer unidade de APS, e sua não realização, além de ser indicativa de pouca resolatividade, também implica encaminhar o caso à rede de referência, gerando dificuldade adicional ao paciente, dado o elevado percentual de respostas que referem dificuldade em obter consultas com cardiologista e oftalmologista em período de tempo inferior a 30 dias. Caso o sistema municipal de saúde não esteja integrado a pontos de atenção especializados capazes de assegurar fácil acesso ao paciente, a realização dos exames pode gerar ônus sem garantia de resolatividade. Os baixos percentuais de respostas afirmativas para a atividade de coordenação de fila de espera e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em atendimento externo evidenciam a impotência das equipes de saúde da família para intervir proativamente na rede de referência em favor dos usuários encaminhados. Esse problema vem de encontro à proposta de articulação da rede de atenção à saúde, que visa a garantir a integralidade da assistência, uma diretriz perseguida pelo SUS, mas que ainda carece de investimentos em recursos e operacionalização estratégica para sua efetivação.

A baixa oferta de atividades extramuros parece ser um ponto de fragilidade na organização dos serviços investigados, assim como em outras realidades previamente estudadas (MELO ET AL., 2008). Para o Amazonas, região Norte e Brasil, quase 100% dos entrevistados informou realizar visita domiciliar (*tabela 5*), embora a comprovação de que tais visitas são programadas segundo critérios de risco e vulnerabilidade seja extremamente baixa, conotando não apenas a falta de registro como também falhas no planejamento de atividades extramuros e baixo seguimento das diretrizes da Portaria 2.488/2011 quanto ao uso de critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2011A).

Esta interpretação é reforçada pelo elevado percentual de respostas dos que afirmam adotar os critérios de risco e vulnerabilidade para programar as visitas, mas, contraditoriamente, poucos afirmaram dispor de levantamento do número de usuários que necessitam de cuidados em domicílio. Nessas circunstâncias, é válido perguntar: se os entrevistados não identificam de modo sistemático os usuários em elevada situação de vulnerabilidade, então a partir de quais critérios são identificados, hierarquizados e priorizados os problemas dos usuários no território?

O caráter contraditório das respostas evidencia, dentre outras coisas, dificuldade de entendimento e de manejo de ferramentas de gestão local e de uso da informação para tomada de decisão. Trata-se de perfil congruente com o incipiente nível de capacitação dos membros das equipes, conforme anteriormente observado. Por outro lado, o predomínio da demanda espontânea – pelo menos no caso do Amazonas, em que se constatou baixo grau de comprovação da existência de demanda programada para usuários em cuidado continuado (*tabela 2*), que persiste como base para a adoção de conduta clínica, também reafirma a necessidade de reorganização do cuidado com vistas à preconizada integralidade.

Além disso, os dados da *tabela 6* também evidenciam baixo comprometimento com

atividades extramuros por parte das equipes, seja no caso do Amazonas seja em outras regiões do país (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005) onde a realização de ações de prevenção e de promoção à saúde, particularmente aquelas intersectoriais e as dirigidas à comunidade, é bastante limitada. O não cumprimento dessa diretriz da ESF não só demonstra a baixa congruência com as normas técnicas emanadas das autoridades sanitárias como compromete a efetividade da atuação das equipes, uma vez que a mudança no estilo de vida e a redução das desigualdades sociais são consideradas as principais estratégias de controle dos agravos aqui tratados e de melhoria das condições crônicas na população (BRASIL, 2006A; 2006B; ESCOREL ET AL., 2007).

O abandono das ações extramuros em favor da realização de procedimentos diagnósticos e curativos de baixa efetividade, voltados para indivíduos já doentes que acorrem ao serviço por meio de demanda espontânea, sugere que a vinculação com os propósitos da integralidade e da vigilância em saúde é bastante tênue.

A atuação das equipes de Saúde da Família no controle de condições crônicas transmissíveis, como a tuberculose e a hanseníase, não é muito diferente do que já foi constatado para as outras condições crônicas aqui tratadas. Ainda que mais de 90% das três unidades de análise (Amazonas, Norte e Brasil) comprovem realizar tratamento de tuberculose e hanseníase, o percentual de respostas positivas para a realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO) (tabela 4) cai para cerca de 80% (exceto Norte) para o controle da TB e de 70% (exceto Norte) para os casos de hanseníase. Já o seguimento de normas técnicas padronizadas (possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para tuberculose), obteve baixo percentual de respostas afirmativas para tais ações programáticas nas três unidades de análise.

Independentemente do que os entrevistados afirmam fazer, a efetividade das ações desenvolvidas na AB tem deixado a desejar

na medida em que um agravo como a TB, por exemplo, se mantém com elevada taxa de incidência por 100 mil habitantes no ano de 2013 (Amazonas, 70,6; restante da Amazônia, 45,2; e restante do Brasil, 35,4), apresentando baixo percentual de cura de casos novos com baciloscopia positiva em 2012 (Amazonas, 71,2%; Norte, 71,7% e Brasil, 70,6%) e expressivo percentual de abandono de tratamento de casos com baciloscopia positiva em 2012 (Amazonas, 15,0%; Norte, 10,9 % e Brasil, 10,5%) (BRASIL, 2014). São taxas que sugerem a necessidade de que as equipes de saúde que atuam em AB - espaço preferencial de atenção a este tipo de problema de saúde - aprimorem sua capacidade resolutiva para fazer frente à doença.

Ainda que a extensão de cobertura provida pela ESF venha sendo ampliada e consolidada no país, não tem crescido em qualidade e efetividade em proporções equivalentes, seja no Brasil (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) ou no contexto local (SILVA ET AL., 2010).

Conclusão

Os dados mostram que a preconizada reestruturação do modelo assistencial em saúde da família avançou em alguns aspectos, particularmente no que diz respeito à reorganização política e institucional da atuação das equipes, mas esbarra em dificuldades ligadas à rotatividade e à precarização de vínculos trabalhistas, além da insuficiente qualificação da força de trabalho e das notadas carências de infraestrutura e de materiais já registradas desde o início da década anterior. Tais dificuldades podem ter implicado negativamente a adoção de medidas de aprimoramento do acesso, qualidade e efetividade da AB nas equipes avaliadas.

Reconhece-se o valor do planejamento e programação em saúde, mas o trabalho das equipes permanece refém da demanda espontânea e do atendimento clínico curativo individual, dificultando a adoção de

demanda programada e o monitoramento territorializado da população sob a responsabilidade da ESF. Desse modo, persistem as práticas fragmentárias voltadas para o cumprimento de tarefas mecânicas e quantificação dos atendimentos realizados sem uso prático da informação assim gerada, em contraposição a uma estratégia de organização do cuidado voltado às necessidades de saúde e monitoramento da população.

No conjunto das condições crônicas aqui abordadas, observa-se que a situação de acompanhamento pela ESF é mais precária no

Amazonas do que no restante da Amazônia e no Brasil como um todo. Tal situação se agrava pelo incremento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, que coexistem com elevadas taxas de incidência de tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis. Tal perfil mórbido, que requer adequado acompanhamento clínico e atividades preventivas na comunidade para evitar novos casos e complicação dos já instalados, representa um dos principais desafios à política de atenção primária instituída na região amazônica. ■

Referências

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária a saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95. 2011.

ALVES JUNIOR, A. C. *Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. 2011. (Inovação na gestão do SUS: experiências locais).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 16.).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você*

– *Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 5 maio 2014.

- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. *Boletim Epidemiológico* [folheto], Bahia, v. 44, n. 2, 2014.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1 p. s58-s68, 2008.
- CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 17, 2006.
- COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl.1, p. 1347-1357, 2009.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Contribuições do Estudo de Linha de Base da Universidade Federal de Pelotas às Políticas, aos Serviços e à Pesquisa em Atenção Básica à Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E. *et al* (Ed.). *Meta Avaliação da Atenção Básica Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 167-198.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E. *et al* (Ed.). *Meta Avaliação da Atenção Básica Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 253-282.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.
- MELO, E. M. *et al.* A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s29-s41. 2008.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345. 2005.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p.158-164, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Atenção primária em saúde: agora mais do nunca*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.
- PAIM, J. S. Organização em Serviços de Saúde: Modelos Assistenciais e Práticas de Saúde. In: PAIM, J. S. (Ed.). *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: COOPTEC-Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p.325-348.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl, s/paginação.
- RASANATHAN, K. *et al.* Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of epidemiology and community health*, London, v. 65, n. 8, p. 656-660, aug. 2011.

ROCHA, P. D. M. *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s69-s78, 2008.

SARTI, T. D. *et al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s91-s99, 2008.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. s148-s158, 2008.

Recebido para publicação em maio de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. TC No.: 154/2011-13

A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre

The experience of planning and operationalizing the PMAQ-AB in the Acre State

Valéria Rodrigues¹, Cleber Ronald Inácio dos Santos², Mariana Uchoa Pereira³

RESUMO Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção, nas fases de Avaliação Externa e Censo, das Unidades da atenção básica no estado do Acre. Foram avaliadas 35 equipes de Atenção Básica e realizado em censo em 224 UBS. Este artigo está organizado a partir de uma breve caracterização do estado e das regiões de saúde, análise do planejamento e operacionalização da Avaliação Externa, suas peculiaridades e desafios. Como aprendizado para a equipe de avaliação, dois aspectos se destacaram, como o uso do planejamento como ferramenta norteadora e flexível e da articulação institucional como mediador e redutor de conflitos institucionais. Para as equipes de saúde, foi importante reconhecer a necessidade de realizar avaliação e planejamento periódicos.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento; Gestão em Saúde; Avaliação em saúde; Regionalização.

ABSTRACT *This article is an experience report on the implementation process of evaluation of basic care in the state of Acre. 35 UBS were evaluated and 224 censuses conducted. It is organized from a brief characterization of the State and the health regions, planning and implementing evaluation. As a result two important aspects of this process stood out like the using of planning as a guiding and flexible toll, and institutional coordination as a mediator and reducing institutional conflicts. For the health teams, learning it was important to recognize the need for periodic reviews and planning.*

KEYWORDS *Planning; Health management; Health evaluation; Regional health planning.*

¹Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública-Ensp - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
valeriarodrigues45@yahoo.com.br

²Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor da Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
cleber_ronald@hotmail.com

³Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Acre (Ufac) - Rio Branco (AC), Brasil.
marianauchoa_@hotmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família surgiu para reorientar os serviços e o modelo de assistência à saúde, numa tentativa de expandir os serviços de saúde e ser acessível ao cidadão, além de tentar reverter uma dívida social do Estado com a população. Durante toda a década de 1990 até 2012, quando a Estratégia foi implementada maciçamente, pouco se sabia das verdadeiras condições de funcionamento, estrutura e processo de trabalho das equipes.

A Avaliação Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica está sendo desenvolvida no país através de um esforço do Ministério da Saúde em parceria com diversas instituições de ensino e pesquisa que estabeleceram consórcios para realizar a avaliação de acordo com suas expertises.

No estado do Acre, o consórcio está sendo coordenado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (Ufac).

Apesar de o estado ter relativamente um número de unidades de saúde inferior às demais capitais da Federação, a região Norte possui peculiaridades que dificultam a realização de uma pesquisa da magnitude do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), principalmente quando se observa o acesso, localização, distribuição demográfica, populacional e de unidades na região. Exige-se das instituições e dos pesquisadores conhecimento da realidade de cada localidade para traçar um plano viável de desenvolvimento do trabalho, como foi o caso do Acre.

Como experiência relevante para o campo da avaliação de serviços, este artigo poderá contribuir com a área de conhecimento, principalmente no planejamento operacional do trabalho de campo. Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de

implementação da Avaliação Externa da Atenção Básica no estado do Acre no primeiro ciclo (2012) do Programa Nacional de Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O texto está estruturado a partir da caracterização do estado e das regiões de saúde, material e método, planejamento e operacionalização da avaliação e algumas considerações acerca das lições aprendidas durante esse processo.

Caracterização do estado do Acre e das regiões de saúde

O Acre é o estado da Região Norte mais a oeste, com uma extensão territorial de 164.123,040 quilômetros quadrados, com uma população 758,78 mil habitantes em 2012. A densidade demográfica é de 4,47, e tem 22 municípios.

A cidade de Rio Branco (capital do estado) continua sendo a cidade mais populosa, com 348.354 mil habitantes. A cidade de Cruzeiro do Sul (regional política do Juruá) segue em segundo lugar com 79.819 mil, a cidade de Sena Madureira com 39 mil habitantes e Tarauacá com 36 mil respectivamente. A cidade com menor número de habitantes é Santa Rosa do Purus, com 5.061 habitantes (IBGE, 2012).

O principal meio de transporte no estado ainda é o fluvial cujos principais rios da rede hidrográfica seguem em direção nordeste e são afluentes da margem direita do rio Solimões. Os principais rios são os Rio Tarauacá, Purus, Gregório, Envira, Acre e Juruá que formam a rede hidrográfica estadual, dividida entre a Bacia do Acre-Purus e a Bacia do Juruá. A principal estrada é a BR 364, que liga a capital Rio Branco até a cidade de Cruzeiro do Sul. No entanto, alguns municípios não possuem estradas de ligação, em função da sua localização, utilizando os rios como principal meio de transporte.

Essa caracterização é importante para compreender como a distribuição demográfica da população, os meios de transporte e o clima têm fator preponderante no desenvolvimento das ações de saúde, de pesquisa e de desenvolvimento regional. O desconhecimento dessas variantes pode comprometer tanto as análises quanto as ações que possam ser planejadas para a região.

A regionalização da saúde

O processo de regionalização da Rede de Atenção à Saúde do estado ocorreu a partir das discussões nos Fóruns de participação social, no Conselho Municipal e Estadual de Saúde, pactuado e aprovado através da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite, nº 38 de 2009, considerando as exigências da Portaria GM/MS nº 399 de 22/2/2006 que criou o do Pacto pela Saúde, que aprova e orienta as diretrizes operacionais e define as regiões de saúde como

recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o desenho da regionalização da assistência no estado do Acre estruturou três regiões de saúde da seguinte forma:

Região I – Vale do Baixo Acre e Purus, com sede no município de Rio Branco. Composta ainda pelos municípios de Santa Rosa do Purus, Manoel Urbano, Sena Madureira, Bujari, Porto Acre, Rio Branco, Senador Guimard, Plácido de Castro, Acrelândia e Capixaba. O município de Jordão foi incluído na Região I através da Resolução Comissão Intergestora Bipartite/CIB nº 31 de 2013, em função do isolamento terrestre, pela dificuldade de navegação no período

seco e pela facilidade do transporte aéreo, ligando-o à Capital.

Região II – Vale do Acre, com sede no município de Brasiléia. É formada pelos municípios de Xapuri, Eitaciolândia, Brasiléia e Assis Brasil, todos interligados por via terrestre. Os municípios de Eitaciolândia, Brasiléia e Assis Brasil fazem fronteira com os países Bolívia e Peru.

Região III – Vale do Juruá, com sede no município de Cruzeiro do Sul. É composta pelos municípios Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Tarauacá e Feijó, e fazem fronteira com o Peru.

A Comissão Intergestora Bipartite, criada pela Portaria nº 646, de 18/06/1993 (ACRE, 1993), reúne-se com regularidade e tem infraestrutura alocada dentro do espaço físico da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE). Conta com uma secretaria-executiva equipada que possui três servidores de nível superior responsáveis por organizar e dar vazão à demanda da CIB para os municípios e Ministério da Saúde.

As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) foram criadas com objetivo de atender à especificidade de cada região de saúde, estabelecendo uma relação semelhante à CIB, no entanto, respeitando as diferenças geográficas e populacionais que são específicas das regiões de saúde no estado. Foram pactuadas três Comissões Intergestoras Regionais (CIR), criadas através da Resolução CIB, nº 36 de 11 de Abril de 2012 atendendo ao Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011B).

O município de Rio Branco possui a maior e mais equipada infraestrutura de média e alta complexidade, servindo de suporte e referência para as demais regiões de saúde, necessitando, portanto, da pactuação e reconhecimento das CIR como suporte interfederativo importante para a rede de atenção e referência à saúde.

As CIR ainda não estabeleceram reuniões ordinárias, o que pode fragilizar os pactos cooperativos entre as regiões de saúde e enfraquecer as políticas de saúde pertinentes à necessidade da população. As reuniões ocorrem somente quando existe a necessidade de pactuação envolvendo os municípios, sob alegação do longo tempo das reuniões e da necessidade de tomada de decisão rápida.

De forma genérica, isso pode dificultar a integração e a articulação cooperativa entre as CIR e resultar num processo orgânico e formal, sem interação necessária para a resolução de problemas cotidianos que se agravam entre o tempo de decisão e execução, fato que Matus (1996, p. 35) chamava de “processamento tecnopolítico deficiente”, ou seja, as reuniões periódicas podem contribuir para reduzir a distância geográfica bem como a decisão cooperativa e em tempo hábil a atender a demanda pelos serviços de saúde.

Material e Método

Este artigo pretende relatar a experiência do planejamento e operacionalização da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011A, p. 15) no âmbito do estado do Acre. A análise aqui apresentada foi feita a partir dos diários de bordo que as entrevistadoras enviaram à coordenação local ao final do trabalho de campo de cada rota; dos relatórios das reuniões com toda a equipe e dos relatórios da coordenação local.

A análise de conteúdo dos relatórios acima indicados identificou as categorias planejamento e articulação institucional como centrais na tematização do trabalho de avaliação. Considera-se o planejamento como uma etapa de uma agenda política previamente definida entre instituições, identificando objetivos, metas e planos operacionais (ARAÚJO, 2010, p. 9). O conceito de articulação institucional é entendido como

espaços decisórios, de representação e participação dos atores sociais envolvidos no processo político (FIPPI, 2009, p. 4).

O tipo de estudo desenvolvido foi o transversal, que possibilita obter dados estruturados sobre infraestrutura, profissionais e usuários, e foi definido pelo Ministério da Saúde e pelas Instituições participantes da avaliação. (BRASIL, 2011A, p. 15). A adesão voluntária foi o critério de inclusão das equipes de saúde ao PMAQ-AB, mediante um termo de contratualização de compromisso entre os gestores, as equipes de saúde e o Ministério da Saúde. As unidades básicas de saúde com equipes que contratualizaram receberam a equipe de avaliadores. Esses aplicaram os instrumentos referentes à satisfação do usuário e sobre o processo de trabalho das equipes de saúde.

O censo foi aplicado a todas as unidades de saúde constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que tenham ou não aderido ao PMAQ-AB e tinha o objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, equipamentos e insumos, quantidade de equipes no mesmo espaço físico, sinalização externa e de serviços, horário de funcionamento e acessibilidade.

A Avaliação Externa no Acre recebeu a demanda de avaliar 36 unidades de saúde que aderiram ao PMAQ-AB e realizar 224 censos, incluindo zona urbana e zona rural.

O processo de planejamento da avaliação

Desde a década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família como uma estratégia de reorientar os serviços de saúde e mais recentemente com a Portaria GM 4.279 de 30/12/2010 que definiu a atenção básica como ordenadora da Rede de Atenção em Saúde, esse processo de reordenação dos serviços requer uma avaliação ampla da qualidade dos serviços, do acesso e estrutura dos serviços ofertados em todo o país (BRASIL, 2010, p. 3).

Por outro lado, a crescente necessidade de otimizar os serviços, a transparência tanto nos gastos quanto na tomada de decisão nas políticas públicas trouxe desafios importantes para os gestores públicos (VIACAVA, 2004, p. 712).

Esse conjunto de demandas sobre a gestão pública evidencia a necessidade de avaliar os serviços de saúde, mas principalmente, no caso da atenção básica, delinear o tipo de serviço, a estrutura e a satisfação do usuário para reordenar e adequar com mais precisão os serviços que atualmente são ofertados em cada unidade de saúde. O planejamento e a operacionalização da Avaliação Externa no estado do Acre foram organizados a partir das informações e dados repassados pelo Ministério da Saúde, constando o quantitativo das unidades que tinham aderido ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e das unidades que deveriam se submeter ao censo e Avaliação Externa. Foi necessário confrontar essas informações com o banco de dados existente nas Secretarias Municipais de Saúde para dirimir as incongruências e duplicidades.

As rotas de avaliação foram traçadas de acordo com as regiões de saúde do Estado, considerando a forma de acesso, que apresentam distintas dificuldades, e a quantidade de unidades que deveriam ser visitadas.

O acesso às rotas da regional do Alto Acre é feito por via terrestre, com transporte regular de ônibus. O acesso aos municípios da regional Baixo Acre/Purus em parte é feito por via terrestre, com exceção do município de Santa Rosa do Purus, com menor densidade populacional do estado, cujo acesso se faz por via aérea duas vezes na semana. O acesso aos municípios da regional Tarauacá/Envira se faz por via terrestre e aérea, embora os municípios de Marechal Thaumaturgo e Rodrigues Alves só tenham acesso por via fluvial ou aéreo, ocorrendo uma vez por semana.

Na primeira etapa do PMAQ-AB/AC foram realizadas 35 avaliações externas das equipes que aderiram, 224 censos, e foram

identificadas 57 unidades que estão desativadas, sendo o total de avaliações e censos realizados no estado foi de 259 unidades, assim distribuídas:

- Alto Acre: 22
- Baixo Acre/Purus: 154.
- Juruá/Tarauacá/Envira: 83 avaliações externas e censo.

A operacionalização da Avaliação Externa

A Avaliação Externa proposta pelo Ministério da Saúde marcada para iniciar em todo o país em março de 2012, em função do fechamento dos instrumentos, do aplicativo que deveriam ser inseridos nos tablets, sua compra e o repasse de recurso para todas as instituições envolvidas na avaliação, somente ocorreu em maio.

A coordenação local no estado do Acre foi composta por um coordenador geral, uma supervisora de equipe e uma estagiária. Sendo a atribuição da coordenação local o planejamento das rotas de avaliação, contou com o apoio da Comissão Intergestora Bipartite, dos secretários municipais de saúde e responsáveis pela atenção básica dos municípios.

A equipe de entrevistadores e supervisores participou de uma capacitação de vinte horas com conteúdo sobre os instrumentos de avaliação, as possíveis dificuldades que poderiam surgir durante o trabalho de campo e a forma de abordagem aos participantes da pesquisa.

Os entraves entre o período da capacitação e familiarização com o *tablet* e os instrumentos de avaliação não foram compatíveis, gerando descompasso observado nos primeiros dias de aplicação dos instrumentos de Avaliação pelas entrevistadoras. Para corrigir esse problema, a primeira etapa foi realizada na capital, possibilitando correção de possíveis erros, falta de informação ou incompletude no preenchimento dos dados;

maior domínio do instrumento e da abordagem dos participantes.

A cada saída da equipe, para uma etapa da avaliação, foram realizadas reuniões de preparação para observar os critérios de inclusão e exclusão de usuários, profissionais e as desconformidades possíveis durante o processo de avaliação, para identificar as unidades constantes no programa do Ministério da Saúde e para fazer contato prévio com os coordenadores da atenção básica local. Ao chegar ao município, os entrevistadores faziam contato de apresentação com a coordenação da Atenção Básica e com os profissionais que iriam participar da Avaliação.

A articulação institucional e o campo

Os novos arranjos institucionais, com foco nas parcerias, contribuem para o desenvolvimento da responsabilização e o fortalecimento dos processos decisórios de forma mais horizontal e coadunam-se com o modelo proposto de organização das Redes de Atenção à Saúde, onde se enfatizam esforços de decisão e implementação das políticas públicas, além da reciprocidade e confiança que se estabelecem entre os atores envolvidos (FIRMINO, 2011).

A estratégia adotada pela coordenação da equipe de pesquisa do Acre foi, ao iniciar cada etapa de campo, realizar reuniões com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, os técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e explicar como seria realizada a Avaliação Externa. Todos os secretários municipais e coordenadores de atenção básica dos municípios visitados foram comunicados por uma carta enviada por *email*, e por contato telefônico com as coordenações de Atenção Básica.

As reuniões da Comissão Intergestora Bipartite também foram utilizadas para comunicar e esclarecer dúvidas, apresentando as vantagens e importância da avaliação para os serviços de saúde, sendo uma importante fer-

ramenta para o desenvolvimento da avaliação. Foi discutida, através de reuniões com o Nescon e Ufac, a possibilidade de negociar com os municípios que receberiam a equipe de avaliadores, a disponibilização de transporte e hospedagem. Em algumas situações foi viabilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), mas em outras situações, quando não foi possível pelas condições financeiras da Secretaria foi pelo entendimento do que era a Avaliação Externa, especialmente nas UBS onde apenas se aplicaria o censo.

A coordenação local pontuou a necessidade de ter independência para realizar a avaliação, uma vez que era um período de eleições municipais e isso poderia causar desconforto ou desconfiança por parte dos gestores e dos profissionais, o que não ocorreu em função do diálogo constante com as secretarias de saúde e a coordenação local do PMAQ-AB/AC.

A estratégia de fornecer informações de como o processo estava sendo conduzido, do envolvimento de professores da Universidade, sem vínculo com qualquer sigla partidária, possibilitou a realização da avaliação sem grandes transtornos com as secretarias municipais de saúde.

Às UBS que estavam fechadas, desativadas, em reforma, ou impossibilitadas de acesso (pela seca dos rios), foi solicitado ao Secretário de Saúde ou técnico responsável pela Atenção Básica do município que fornecesse uma declaração informando tal situação, para que os entrevistadores pudessem justificar ao Ministério da Saúde a impossibilidade de realizar a Avaliação Externa.

Algumas UBS de Rio Branco, Mâncio Lima e Marechal Thaumaturgo, principalmente as da zona rural e uma UBS que estava em reforma não receberam os avaliadores externos, sendo a visita de avaliação reagendada para um período subsequente. Duas secretarias municipais de saúde, apesar de terem recebido a informação via correio eletrônico e telefone, não comunicaram às equipes de saúde que estariam recebendo as entrevistadoras para Avaliação Externa,

ocasionando que a equipe não estivesse preparada para receber os entrevistadores e fornecer as informações necessárias, o que prejudicou a avaliação da unidade.

Um problema comum verificado durante o processo de avaliação relaciona-se à alteração do nome da UBS pela SEMSA junto ao CNES, dificultando a identificação exata da mesma. Outro problema relatado pelos entrevistadores foi em relação ao funcionamento da UBS quanto ao horário e aos dias da semana de trabalho. A justificativa, na maioria dos casos, foi em decorrência de reformas da UBS, onde o espaço físico estava sendo compartilhado por mais de uma equipe e, não comportando todos os profissionais ao mesmo tempo, foram divididas em turnos distintos.

Considerações

O processo de planejamento e implementação de uma avaliação de serviço é sempre uma questão delicada e exige um esforço importante para sensibilizar os gestores, profissionais e usuários do Sistema. Isso se deve a dois fatores: a necessidade de implementar as mudanças necessárias no serviço e a dificuldade de estabelecer um padrão de qualidade que fosse minimamente uniforme diante da diversidade social, econômica e demográfica do Brasil.

Institucionalizar processos de avaliação de serviços ainda é sensível diante de tantas questões urgentes que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, no entanto, é necessário que faça parte da rotina dos serviços. Segundo Schneider (2006), deve-se focar na avaliação como um sistema produtor de informações e que em médio prazo contribuía com a formulação de políticas. A avaliação instituída pelo Ministério da Saúde em todo o país foi fruto de uma pactuação entre as três esferas de governo e culminou com um amplo processo de avaliação, que teve adesão voluntária dos municípios de todo o país.

No estado do Acre, a Avaliação Externa, de forma geral, atingiu seu objetivo. Alguns fatores devem ser considerados em um processo amplo de avaliação, no entanto, não descaracterizou a Avaliação, como, por exemplo, os atrasos para o início de forma uniforme em todo o país. Considerando a demanda repassada pelo Ministério da Saúde, o Estado conseguiu realizar a avaliação em todas as unidades que tinham aderido ao Programa e o censo em todas as unidades básicas de saúde ativas.

A estratégia de comunicação e reuniões adotada pela coordenação local com as equipes técnicas das Semsas, Sesacre e Cosems foi importante para o sucesso da avaliação, com pouco relato de problemas que de fato pudessem comprometer a realização da avaliação. Uma questão preocupante durante todo o período da avaliação foi a dificuldade de conseguir precisar exatamente quantas e quais UBS estavam em funcionamento, ou em duplicidade no CNES, localização e nome correto. Essa demanda foi repassada para o Ministério da Saúde nas reuniões entre os representantes dos Consórcios.

Aliado a isso, a dificuldade de comunicação por meio da internet com as Semsas foi um fator que necessitou de mais tempo do que o esperado, para garantir que a informação chegasse a tempo hábil para a equipe de saúde que recebeu a avaliação. O sinal de internet e telefone disponibilizado pelas operadoras ainda é um fator comprometedor, o que dificultou o envio das informações ao Banco de Dados do PMAQ-AB. Mesmo na capital, em muitos momentos, existiram *blackouts* na rede, impossibilitando a comunicação por até dois dias consecutivos.

A questão mais preocupante no início da Avaliação Externa esteve relacionada à compatibilização do tempo exigido pelo Ministério da Saúde e às condições geográficas para realizar a coleta em tempo hábil. Essa questão foi superada pelo planejamento e replanejamento flexível e atento às questões relatadas pelas entrevistadoras. Em algumas

situações, o município tinha um feriado local, ou uma festa religiosa não informada no calendário do Estado, questões que foram superadas e dinamizadas para não perder de vista as datas previamente combinadas.

Uma lição importante aprendida desse processo está relacionada ao planejamento flexível e contínuo, remetendo à idéia de um processo que deve ser revisto continuamente. Aliado a isso, ter profissionais que conheçam a realidade, a região e os aspectos relacionados à cultura também foram fatores que contribuíram positivamente. Uma segunda lição foi o apoio institucional com base no diálogo que deve ser conduzido respeitando as diversas áreas dentro do campo da saúde. Sem o apoio institucional e o replanejamento constante, talvez a avaliação tivesse tido mais problemas para sua finalização.

Em relação ao processo avaliativo, os programas e serviços envolvem uma multiplicidade de fatores e condições favoráveis que devem ser consideradas. A apresentação dos resultados poderá aperfeiçoar a reorientação do modelo de saúde e organização de serviço, uma vez que se considera a atenção básica como a ordenadora do Sistema. As condições de infraestrutura, acesso, qualidade dos

serviços ofertados e processo de trabalho das equipes devem também estar orientados no mesmo sentido, com investimentos e avaliações regulares, o que viabilizará que no futuro se trace uma análise mais fidedigna dos serviços e programas de saúde.

De forma geral, a Avaliação Externa e o PMAQ-AB estão induzindo as equipes de atenção básica a se autoavaliarem, trazendo para o cotidiano a necessidade de planejamento das ações como condutora do processo de reorientação das ações e serviços, além de desmitificar a Avaliação Externa dos serviços como um processo negativo, dando-lhe a dimensão de uma necessidade positiva para correção dos rumos e adequação das ações.

Destacamos que um dos entraves centrou-se na transmissão dos dados, pois nem todos os municípios do estado do Acre, ou mesmo na capital, possuem um sinal de internet de qualidade para a transmissão on line.

Finalmente, participar de um processo como o PMAQ-AB trouxe contribuições importantes para a Universidade, pois possibilitou desenvolver uma *expertise* importante, tanto para a condução de outros projetos quanto para os profissionais envolvidos diretamente na avaliação. ■

Referências

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. *Resolução nº 38 de 2009*. Rio Branco, 2009. Mimeo.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. *Resolução nº 31 de 2012*. Rio Branco, 2012. Mimeo.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. Resolução nº 36 de 11 de Abril de 2012. *Diário Oficial [do] Estado do Acre*, nº 10.774. Disponível em: <<http://diario.ac.gov.br/download.php?arquivo=KEQxQHI3IyEpRE8xMzM0MTAzNDE5MjI4Ny5wZGY=>>>. Acesso em: 01 ago 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Resolução da Comissão Intergestora Bipartite/CIB. Portaria nº 646, de 18 de Junho de 1993. Rio Branco, 1993. Mimeo.

ARAÚJO, A. N. M. *Articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas*. 2010. Disponível em: <[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material.CONRAD/paineis III Congresso Consad/painel/articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material.CONRAD/paineis%20III%20Congresso%20Consad/painel/articula%C3%A7%C3%A3o%20entre%20o%20conceito%20de%20governan%C3%A7a%20e%20as%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20planejamento%20e%20controle%20na%20gest%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 23 fev. 2006, seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 09 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 jun. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 set. 2014.

FIPPI, M. F. *Estratégia de articulação intergovernamental na implantação de políticas públicas metropolitanas: construindo um conceito e evidenciando a aplicação prática*. 2009. Disponível em: <[http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/A estratégia de - Articulação Intergovernamental na Implantação de Políticas Públicas Metropolitanas - Construindo um conceito evidenciando a aplicação prática](http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/A%20estrategia%20de%20Articula%C3%A7%C3%A3o%20Intergovernamental%20na%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20Metropolitanas%20-%20Construindo%20um%20conceito%20evidenciando%20a%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A1tica.pdf)>. pdf>. Acesso em: 09 set. 2014.

FIRMINO, S. Os novos arranjos institucionais na governança pública: o caso das parcerias público-privadas. Estudo comparativo entre o Sul e o Norte da Europa. *Sociologia on line*: Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Lisboa, n. 2, p. 389-422, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos Municípios Brasileiros*. 2012. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 jun. 2013.

MATUS, C. *Adeus senhor presidente: governantes e governados*. São Paulo: Fundap, 1996.

SCHNEIDER, A. L. Pesquisa Avaliativa e melhoria da decisão política: evolução histórica e melhoria da decisão política. In: HEIDERMAN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). *Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: Universidade de Brasília, 2009. p. 311-328.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2014.

Recebido para publicação em agosto de 2013
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco

Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque¹, Tereza Maciel Lyra², Sidney Feitoza Farias³, Marina Ferreira de Medeiros Mendes⁴, Petrônio José de Lima Martelli⁵

¹Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. soveloso@oi.com.br

²Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil. tmlyra@gmail.com

³Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Pesquisador do pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. sidneyffarias@gmail.com

⁴Doutoranda em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – Lisboa, Portugal. Pesquisadora do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE) – Brasil. marinamendes2004@gmail.com

⁵Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz) – Recife (PE), Brasil. Professor do departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. petrioniocarla@uol.com.br

RESUMO Analisou-se a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde. Trata-se de estudo descritivo de corte transversal com base nos dados do PMAQ-AB. Observou-se a expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica. Porém, as unidades ainda apresentam dificuldades na acessibilidade sócio-organizacional: barreiras arquitetônicas para acesso a pessoas com deficiência e idosos; o acolhimento não impactou a reorganização das ações programadas; as centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso; incipiente resolutividade no apoio diagnóstico e nos procedimentos/cirurgias..

PALAVRAS-CHAVE Estruturas de acesso; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT We analyzed the accessibility to health services in primary care in the State of Pernambuco and aspects that favor or hinder the entry and permanence of users in the health system. It is a descriptive cross-sectional study based on PMAQ-AB data. There was an expansion of the primary care with geographical accessibility, although units still face some difficulties as for socio-organizational accessibility: architectural barriers to access for disabled and elderly people; the way of receiving people did not impact the reorganization of scheduled actions; regulation centers are insufficient to ensure access; inefficient in the support to diagnoses and procedures/surgeries.

KEYWORDS Architectural accessibility; Health services accessibility; Primary Health Care.

Introdução

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006A), a saúde da família assumiu o lugar de estratégia prioritária para organização da Atenção Básica. Em 2012, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava presente em 94,4% dos municípios brasileiros (32.498 equipes, com cobertura populacional de 53,7%). No estado de Pernambuco, esse percentual contemplava 100% dos municípios, com cobertura média de 68,7%¹. Tem-se, sem dúvida, uma ampliação do acesso da Atenção Básica por meio da ESF. No entanto, mesmo reconhecendo que tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da Atenção Básica, a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso.

O conceito de acesso é complexo e, muitas vezes, empregado de forma imprecisa na sua relação com o uso de serviços de saúde. Seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade e seus sinônimos como outros que fazem distinção de significados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Starfield (2002) e Penchansky e Thomas (1981) fazem parte do grupo de autores que destacam diferenças entre acesso e acessibilidade, apesar de considerarem que são complementares. Para Starfield (2002) acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Penchansky e Thomas (1981) discutem acesso como o grau de ajuste entre os clientes e o sistema de saúde, definindo vários atributos para o conceito: ‘disponibilidade’ (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; ‘acessibilidade’, – ‘dimensão de acesso’ caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; ‘acolhimento’ (*accomodation*) – forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e o grau de adaptação dos usuários; ‘capacidade de compra’ – formas de financiamento e a possibilidade dos

usuários de pagarem pelos serviços; e ‘aceitabilidade’ – reação dos usuários e profissionais de saúde diante das características e práticas de cada um desses sujeitos.

Para Donabedian (2003), acesso e acessibilidade a ações e serviços de saúde têm significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

O autor destaca a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Na dimensão sócio-organizacional de acessibilidade, Donabedian (2003) evidencia a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Este estudo adotou o conceito de acessibilidade proposto por Donabedian (2003), i.e., em suas dimensões geográfica e sócio-organizacional. Na direção organizacional, dois mecanismos previstos pela PNAB (BRASIL, 2006A) tornam-se relevantes na discussão de acesso: o acolhimento e a coordenação do cuidado.

O acolhimento, como dispositivo para garantir acessibilidade universal; com potencial para reorganizar o processo de trabalho para que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega

¹ Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; para qualificar a relação entre trabalhador e usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). E a coordenação do cuidado como articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados a determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (NÚÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006). Neste estudo, não foi possível avaliar a coordenação dos cuidados em si, somente descrever e analisar aspectos que contribuem para sua consecução a partir da Atenção Básica.

Dessa forma, esta pesquisa analisou a acessibilidade da população aos serviços de saúde de Atenção Básica no estado de Pernambuco e os fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.

Método

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal que teve por base os dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Pernambuco, realizado entre os meses de maio e setembro de 2012, em 99,5% dos municípios. Pernambuco, Estado do Nordeste brasileiro, tem cerca de nove milhões de habitantes e está dividido em cinco mesorregiões: Agreste; Metropolitana do Recife; São Francisco; Sertão e Zona da Mata, num total de 185 municípios, com forte concentração em área urbana (80%).

O PMAQ-AB, criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), tem por principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica com garantia de padrão de qualidade nacional, regional e localmente comparável, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais

direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ-AB está organizado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011): Fase 1 - Adesão e contratualização; Fase 2 - Desenvolvimento; Fase 3 - Avaliação externa; e Fase 4 - Recontratualização.

Os dados aqui trabalhados referem-se à Avaliação Externa, etapa que inclui um conjunto de ações direcionadas à certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção prestadas pelas equipes participantes do PMAQ-AB. Essa etapa tem por finalidade valorizar os esforços e resultados das equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica. Para sua realização, o Ministério da Saúde contou com a participação de um conjunto de grupos de pesquisa de Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras.

O instrumento utilizado para a realização da Avaliação Externa está organizado em três módulos:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), cujas questões estão direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde, durante o qual 100% das UBS foram analisadas.
- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS, direcionados para a realização da Avaliação Externa das equipes de Atenção Básica.
- Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. A entrevista foi realizada na unidade de saúde, com até quatro usuários de cada equipe de Atenção Básica que aderiu ao PMAQ-AB. Foram incluídos no estudo os usuários vinculados à equipe de Atenção Básica maiores de 18

anos e com consulta realizada na UBS no último ano. Foram excluídos da pesquisa os usuários menores de 18 anos ou que estavam pela primeira vez na unidade básica de saúde ou que há mais de um ano não realizavam consultam na UBS ou que sofriam de problemas mentais.

A partir das informações coletadas nos três módulos da pesquisa, foram gerados três bancos de dados. O banco de dados do Módulo I refere-se ao censo das UBS e possui informações sobre todas as unidades do Estado. As informações derivadas do módulo II são representativas apenas para as equipes de Atenção Básica que aderiram

voluntariamente ao programa, não retratando o total das equipes de Atenção Básica existentes no Estado de Pernambuco. O banco de dados do módulo III refere-se às informações derivadas da aplicação dos questionários respondidos pelos usuários atendidos pelas equipes entrevistadas no módulo II.

As análises foram geradas a partir do banco de dados e realizadas através do software IBM SPSS versão 21. Os dados foram analisados agregadamente em função de seu total e percentuais. A partir dos dados do censo das Unidades Básicas de Saúde e da Avaliação Externa das equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, analisou-se

Quadro 1. Categorias ou aspectos analisados, variáveis e fontes de dados PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Categorias ou aspectos analisados	Variáveis analisadas	Fonte de dados	Sujeito informante	Denominador
Caracterização do universo de estudo	Modalidades das UBS e quantitativo de profissionais	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Perfil dos usuários das UBS	Módulo III	Usuário	3617
Assessibilidade geográfica	Localização da UBS em relação aos domicílios	Módulo III	Usuário	3617
Acessibilidade sócio-organizacional	Horário de funcionamento das UBS e sua adequação	Módulo II	Profissional	1009
		Módulo III	Usuário	3617
	Adequação das UBS para atendimento a idosos, portadores de deficiências e analfabetos: banheiros adaptados; barras de apoio; corrimão; acomodação cadeira de rodas; linguagens especiais	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Realização de Testes rápidos (sífilis; gravidez; HIV)	Censo das UBS/ Módulo I	Observação do Entrevistador	2019
	Realização de pequenos procedimentos / cirurgias: drenagem de abscesso; sutura; retirada de ponto; lavagem de ouvido; extração de unha; nebulização/inalação; curativos; medicação intramuscular; medicação endovenosa	Módulo II	Profissional	1009
	Acolhimento:	Módulo II	Profissionais	1009
	- implantação			
	- profissionais que participam	Módulo III	Usuários	3617
	- estudo de demanda espontânea, estratificação de risco e vulnerabilidade			
	- tempo de espera			
	Coordenação do cuidado: ordenamento e definição de fluxos assistenciais; centrais de regulação; comunicação entre equipes de atenção básica e especializada	Módulo II	Profissionais	1009

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

Tabela 1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde e quantitativo dos profissionais de saúde por equipe mínima, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Variáveis	n	%
Tipo de unidade de saúde		
Posto de Saúde	449	22,2
Centro de Saúde/UBS	1.476	73,1
Posto Avançado	16	0,8
Outros	78	3,9
Total	2.019	100,0
- Com Saúde Bucal	1.469	72,8
- Sem Saúde Bucal	550	27,2
Quantidade de profissionais na equipe mínima da UBS*		
Médicos	1.851	91,7
Nenhum	165	8,2
Um	1.693	83,9
Mais de um	158	7,8
Enfermeiros	1.936	95,9
Nenhum	82	4,1
Um	1.781	88,2
Mais de um	155	7,7
Dentistas	1.509	74,7
Nenhum	508	25,2
Um	1.439	71,3
Mais de um	70	3,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Total de 2.019 UBS no Censo PMAQ-AB.

a localização do estabelecimento e o horário de funcionamento das UBS; a infraestrutura para o atendimento aos idosos e portadores de necessidades especiais; aspectos da resolubilidade; o acolhimento da demanda espontânea com avaliação de risco e vulnerabilidades e alguns dos mecanismos de coordenação do cuidado. Destaca-se, nestes últimos, a criação de centrais de regulação, os dispositivos de ordenamentos e definição de fluxos assistenciais e os mecanismos

de comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e especializada.

As categorias ou aspectos analisados, variáveis e fontes de dados estão elencados no *quadro 1*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca (parecer nº 32012, de 06 de junho de 2012).

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados está estruturada em duas partes. A primeira contém uma breve caracterização do universo do estudo e perfil dos sujeitos entrevistados (tipologia das unidades de saúde, número e profissionais entrevistados, caracterização dos usuários que participaram da pesquisa). A segunda apresenta análise sobre aspectos da acessibilidade na dimensão geográfica e sócio-organizacional, destacando-se: horário de funcionamento, adequação da infraestrutura das UBS para atendimento a pessoas com deficiência e aos idosos; implantação do acolhimento como mecanismo de facilitação de acesso; dispositivos organizacionais que contribuem para que as equipes da Atenção Básica exerçam a coordenação do cuidado, além de aspectos da resolubilidade das equipes.

Em Pernambuco, realizou-se o censo de infraestrutura em 2019 unidades de saúde. A Avaliação Externa ocorreu em 1009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012. Assim, entrevistaram-se 1.009 profissionais (92,6% enfermeiros, 5,6% médicos e 1,5% dentistas) e 3.617 usuários.

Dentre as unidades analisadas pelo censo, 22,2% eram Posto de Saúde, 73,1% Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 0,8% Posto Avançado e 3,9% Outros¹. Do total, 72,8% eram equipes de Saúde da Família (EqSF) com saúde bucal. Considerando o número de profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista), o estudo revelou que a maioria das UBS contava com apenas um profissional

¹Posto de saúde, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto avançado (ver em Manual do avaliador da qualidade/ Módulo I - PMAQ AB. Disponível em: dab.saude.gov.br

de cada categoria. Sendo que 83,9% das UBS possuem um médico, 88,2% um enfermeiro e 71,3% um dentista (*tabela 1*). Esse quantitativo corresponde ao preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006A).

No entanto, concorda-se com Pierantoni *et al.* (2011) que esse parâmetro adotado não atende às características epidemiológicas locais nem tampouco às exigências de um modelo que preconiza a vigilância à saúde e que demanda várias ações, além do atendimento clínico culturalmente instituído nos serviços de saúde. Salienta-se que os dados do censo/PMAQ-AB não permitem avaliar a carga horária de trabalho real dos profissionais nas UBS, variável que possibilitaria analisar as possíveis variações em relação à efetividade e dinâmica do trabalho.

Em relação à saúde bucal, houve uma evolução quantitativa das Equipes em Pernambuco, de 237 em 2002 para 1400 equipes implantadas em 2012. Por outro lado, chama atenção, na tabela 1, que 25,2 % das UBS não possuem dentista. Assim, apesar do avanço, uma questão que precisa nortear a reorganização dos modelos assistenciais refere-se à relação ideal de uma equipe de Saúde Bucal para uma equipe de Saúde da Família, uma vez que proporções de duas ou três EqSF para uma EqSB refletem desempenho ruim, visto que há enorme demanda para atendimento odontológico e ausência de vínculo da equipe com a comunidade.

Dentre os usuários entrevistados nas UBS, 45% eram adultos jovens, predominantemente do sexo feminino (86%), da cor parda e ou mestiça (60%) e 52% tinham renda familiar de até dois salários mínimos (tabela 2). Os resultados chamam atenção, de um lado para as precárias condições de vida da população atendida nas UBS, de outro, para a preponderância de mulheres atendidas, o que destaca seu papel no cuidado com a família e o maior acesso às UBS em função do horário de funcionamento. São resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Santiago *et al.* (2013) sobre o Recife.

Tabela 2. Caracterização dos usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde segundo atributos pessoais, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Caracterização dos usuários	n	%
Sexo		
Masculino	499	13,8
Feminino	3.118	86,2
Faixa etária		
≤ 19 Anos	179	4,9
20 a 24 anos	1.635	45,2
25 a 59 anos	1.150	31,8
≥ 60 anos	611	16,9
Não sabe/não resp.	42	1,2
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo (SM)	1.498	41,4
> 1 a 2 SM	708	19,6
> 2 a 3 SM	224	6,2
> 3 a 5 SM	71	2,0
> 5 a 10 SM	18	0,5
> 10 SM	6	0,2
Não sabe/não resp.	1.092	30,2
Cor		
Branca	871	24,1
Preta	422	11,7
Parda/mestiça	2.185	60,4
Amarela e indígena	121	3,3
Não sabe/não resp.	18	0,5

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

No âmbito da acessibilidade geográfica, dos 3.617 entrevistados, 2.647 (73,2%) usuários consideraram que as Unidades Básicas de Saúde se localizam perto do seu domicílio e apenas 388 (10,7%), distante. O acesso nessa dimensão foi bem avaliado pelos usuários. As unidades de saúde estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem. Sabe-se que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos

serviços: quanto menos especializados, mais próximos estão da população.

Nesse sentido, as UBS correspondem ao conceito de acessibilidade geográfica de Donabedian (2003), embora não tenham sido mensurados o tempo e os gastos com locomoção. Por outro lado, é importante ressaltar que a existência de serviço em determinado local, apesar de constituir aspecto fundamental, não garante sua efetiva utilização.

Quanto ao horário de funcionamento das unidades, observaram-se congruências nas respostas dos dados censitários e das entrevistas com os usuários. Das 2.019 unidades recenseadas, 1.838 (91%) funcionam em dois turnos. Dos 3.617 usuários, mais de 90% informaram que as unidades também funcionam nos dois turnos. É relevante a afirmação que 3.114 (86,1%) dos usuários consideraram os horários de atendimento satisfatórios. Todavia, conforme relatos recorrentes nos registros de diário de campo dos supervisores e entrevistadores durante o processo de coleta dos dados, em praticamente 80% dos municípios houve mudança de agenda de visitação por não haver funcionamento das unidades no horário da tarde.

Constatou-se, ainda, que, em algumas unidades de saúde, o universo de usuários presentes, sobretudo no horário da tarde, coincidia com o número requerido por equipe para a Avaliação Externa (quatro usuários). Situação que tanto pode revelar o não funcionamento das unidades nos dois expedientes como a convocação do usuário apenas para a entrevista, o que tornou vulnerável a proposta de amostra aleatória baseada na sala de espera (ALBUQUERQUE ET AL., 2014).

No que se refere à infraestrutura adequada ao atendimento de idosos e pessoas com deficiência, em 97% das UBS visitadas no censo foi observada a inexistência de banheiros adaptados, assim como a ausência de barras de apoio. Em 98% das UBS não há corrimão e em apenas 69% há condições para acomodar uma cadeira de rodas na sala de espera.

Vale salientar que esse cenário contraria a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006B), que define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família e como referência, a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Os dados do PMAQ-AB de Pernambuco destacaram, ainda, a inexistência de garantia de acessibilidade, com autonomia, de pessoas com deficiência visual, auditiva, ou da população analfabeta. Em apenas uma unidade, das 2.019 analisadas, foi relatada a existência de caracteres em relevo, ou Braille, assim como recursos auditivos, e a quase totalidade não utilizava símbolos internacionais para pessoas com deficiências (físicas, visuais, auditivas). Constatou-se também a inexistência de sinalização por meio de desenhos, cores ou figuras indicativas para os usuários analfabetos.

Castro *et al.* (2011) encontraram nas UBS analisadas as mesmas inadequações identificadas na pesquisa do PMAQ-AB de Pernambuco, como, por exemplo, a falta de corrimões, rampas, banheiros adaptados, cadeiras de rodas. Assim, observou-se que em Pernambuco praticamente inexistem unidades básicas com equipamentos adaptados a idosos, deficientes e pessoas que não sabem ler e nem escrever.

Entendendo o acolhimento como mecanismo de facilitação de acesso, os achados da Avaliação Externa indicam que, das 1.009 Equipes de Atenção Básica em Pernambuco, 630 (62,4%) implantaram acolhimento à demanda espontânea, das quais 85,1% realizaram acolhimento durante os cinco dias da semana, envolvendo 91,1% dos profissionais. Dos 3.617 usuários, 65,7% foram atendidos no acolhimento e 91,1% esperam em média 30 minutos.

E mesmo não tendo sido implantado em 100% das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, pode-se dizer que o acolhimento é um mecanismo de inclusão dos usuários já que pressupõe que não somente determinados grupos populacionais, tais como portadores

de agravos mais prevalentes, grupos segundo ciclo de vida, são objeto privilegiado do trabalho das equipes como também as pessoas que apresentam necessidades de saúde não estão contempladas nesses critérios. Ademais, os usuários inseridos nas ações programáticas por tais critérios apresentam necessidades que demandam atenção em momentos que podem extrapolar o acompanhamento agendado.

Das 630 equipes que realizavam acolhimento, havia a participação de vários profissionais de saúde. O maior envolvimento foi dos enfermeiros (93,3%), seguido dos agentes comunitários de saúde (73,2%), médicos (69,8%), dentista (58,6). Tem-se, ainda, a participação dos técnicos de enfermagem (44,3%), auxiliares de enfermagem (11,6%), técnico em saúde bucal (10,9%), auxiliar em saúde bucal (24,8%) e outros (20,4%). O fato de o acolhimento à demanda espontânea ter sido feito por vários profissionais, não ficando restrito ao médico, pode indicar a possibilidade de se querer agregar diferentes abordagens e explicações sobre os adoecimentos, demandas e necessidades.

No entanto, ao se indagar sobre a realização de estudo de demanda espontânea nos últimos doze meses que antecederam a entrevista, 67,6% dos profissionais responderam não ter realizado nenhum estudo ou avaliação. Isso tem implicações no acolhimento implantado, uma vez que dificulta a revisão do conjunto das ações ofertadas pelos serviços segundo as demandas ou necessidades apresentadas pelos usuários.

A esse respeito, Solla (2005) considera que o acolhimento deve procurar romper a lógica hegemônica das agendas fechadas e pré-definidas e buscar redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço, influenciando na oferta programada, ou seja, planejando-a sempre que necessário. E como afirmam Tesser, Neto e Campos (2010), o acolhimento impõe avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas,

epidemiológicas e psicossociais que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes das menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características.

Em relação à estratificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento aos usuários, pôde-se constatar que 87,9% dos 1.009 profissionais entrevistados afirmaram realizar essa atividade, embora apenas 42,7% se auto-avaliaram capacitados para tal ação. Tal dado expressa limitação do potencial do acolhimento como mecanismo de acesso com equidade, pois indica que parcela significativa das equipes da Atenção Básica apresenta reduzida capacidade de identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários.

No âmbito dos dispositivos organizacionais que contribuem para que as equipes da Atenção Básica exerçam a coordenação do cuidado, 859 (85%) dos profissionais entrevistados informaram que existem centrais de regulação disponíveis para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos da rede. Dentre esses, 99,4% afirmam ter disponíveis centrais de consultas especializadas, 95%, centrais de regulação de exames e 28,9%, centrais de leitos.

A implantação desses mecanismos representa o esforço dos sistemas locais para promover, por meio da regulação assistencial, maior acessibilidade sócio-organizacional e operacionalizar um dos sentidos da integralidade, que é a articulação entre níveis de complexidade (MATTOS, 2001). No entanto, apenas 48,5% dos 3.617 usuários entrevistados afirmaram que os profissionais da Atenção Básica sempre conseguem agendamento. Além disso, não foi possível mensurar o tempo de espera entre o agendamento e a realização da consulta.

Em geral, essas centrais limitam-se à oferta assistencial do município ao qual pertencem e não gerenciam a oferta assistencial

da Programação Pactuada e Integrada (PPI) sob coordenação estadual. Como advertem Albuquerque *et al.* (2013), em Pernambuco há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios.

Certamente essa não é uma particularidade do estado de Pernambuco, à exemplo dos resultados do estudo Almeida *et al.* (2010), que consideram que, mesmo com a expansão da ESF as medidas para alcançar melhor coordenação do cuidado, ainda são incipientes na maior parte dos municípios. Assiste-se à ausência de integração da rede assistencial, que, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS.

Quanto às formas de encaminhamento dos usuários à consulta especializada, observa-se que, sob o ponto de vista dos 1009 profissionais entrevistados, não há homogeneidade: a) 14,4% responderam que os usuários saem da UBS com consulta agendada. Isso ocorre, provavelmente, nos municípios que dispõem de centrais de regulação e de unidades de saúde informatizadas. No módulo sobre estrutura das UBS, pôde-se observar que, do total de 2.019 unidades distribuídas no estado de Pernambuco, apenas 26,2% das unidades estão informatizadas e 18,3% têm acesso à internet; b) 56,1% dos profissionais destacaram que o agendamento é feito por profissionais da UBS e posteriormente informado ao usuário; c) 30,7% responderam que os usuários saem com ficha de encaminhamento e orientação para procurar um serviço ou profissional. Este último achado indica que parte dos usuários sai das UBS sem acesso garantido à consulta especializada, com fluxos e referências pactuadas pela gestão municipal.

Ao se analisar a existência de fluxo institucional de comunicação entre as equipes de Atenção Básica e especializada (discussão de caso, reuniões técnicas com especialistas, ficha de referência e contrarreferência, tele-saúde, dentre outros), apenas 440 (43,6 %)

dos 1.009 profissionais afirmaram ter aplicado esse fluxo. E, quando indagados sobre este fluxo, observa-se uma baixa frequência na comunicação e discussão dos encaminhamentos entre as equipes de Atenção Básica e especializada, conforme se pode observar na *tabela 3*. A análise dos resultados demonstra que é preciso ampliar os espaços de diálogo entre as equipes da Atenção Básica e especializada e consolidar um processo sistemático de discussão, endereçando-os às relações entre os envolvidos no trabalho em saúde.

A esse respeito concorda-se com Escorel *et al.* (2007) que o mecanismo de comunicação com troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços é condição fundamental para que as equipes da Atenção Básica exerçam seu papel de coordenação e contribuam para a continuidade do cuidado com resolubilidade. Em seu estudo, Almeida *et al.* (2013) consideram que a promoção de maior contato pessoal e de relações diretas

Tabela 3. Demonstrativo da frequência de comunicação entre os profissionais da atenção básica e especializada, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

A) Frequência com que os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados		
	n	%
Sim, sempre	203	20,1
Sim, algumas vezes	451	44,7
Nunca	355	35,2
Total	1.009	100,0
B) Frequência com que os especialistas entram em contato com os profissionais da atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados		
	n	%
Sim, sempre	73	7,2
Sim, algumas vezes	360	35,7
Nunca	576	57,1
Total	1.009	100,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

entre profissionais, com vistas à criação de uma cultura de colaboração, são mecanismos exitosos para a integração entre atenção primária e especializada.

Em relação à resolubilidade da Atenção Básica, sabe-se que está associada a diversos fatores, tais como: estrutura física das unidades, processo e gestão do trabalho, capacitação dos profissionais e, em grande medida, acesso a exames e serviços especializados (ESCOREL, 2007). No caso de Pernambuco, os achados indicam fragilidades no que tange à coordenação do cuidado, à estrutura física, ao acolhimento com estratificação de risco, que têm rebatimentos negativos na resolubilidade da rede de Atenção Básica de Pernambuco; situação corroborada pela análise dos dados referentes à coleta de exames nas unidades e à realização de pequenos procedimentos e de testes rápidos.

No que diz respeito à coleta de exames, apenas 466 (46%) das 1.009 equipes que

aderiram ao PMAQ-AB informaram realizar exames. Dessas, 72,8% coletam exames uma ou duas vezes por semana. Vale salientar que os dados disponíveis não permitiram avaliar, com clareza, o tempo médio de espera pelos resultados dos exames, variável que permitiria mais informações para avaliar as dificuldades de acesso.

Em apenas 683 equipes, dentre as 1.009 (67,7%), observou-se a realização de pequenos procedimentos/cirurgias. Como se pode observar na *tabela 4*, os procedimentos que preponderam, dentre as equipes que realizam ao menos um pequeno procedimento/cirurgia, são os de mais fácil execução, tais como: retirada de pontos (96,9%), realização de nebulização/inalação (91,1%), realização de curativos (99,3%) e aplicação de medicação intramuscular (93,8%). Por outro lado, drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvidos ou extração

Tabela 4. Tipo de procedimentos e cirurgias realizadas, segundo Equipes Saúde da Família e disponibilidade de testes diagnósticos nas UBS, PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

Realização de procedimento e cirurgia segundo equipes	Sim		Não		Nº de Equipes*
	n	%	n	%	
Drenagem de abscesso	126	18,4	557	81,6	683
Sutura de ferimento	122	17,9	561	82,1	683
Retirada de ponto	660	96,9	23	3,1	683
Lavagem de ouvido	126	18,4	557	81,6	683
Extração de unha	78	11,4	605	88,6	683
Nebulização/inalação	622	91,1	61	8,9	683
Curativos	678	99,3	5	0,7	683
Medicação intramuscular	641	93,8	42	6,1	683
Medicação endovenosa	296	43,3	387	56,7	683
Realização de testes diagnósticos na UBS	Sim		Não		Total de UBS**
	n	%	n	%	n
Teste rápido de Sífilis	8	0,4	2.011	99,6	2.019
Teste rápido de gravidez	53	2,6	1.966	97,4	2.019
Teste rápido de HIV	23	1,1	1.996	98,9	2.019

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo, 2012

* Nº de equipes que realizaram algum tipo de procedimento e cirurgia do total das 1009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB de Pernambuco.

** Nº Total de UBS do Censo PE.

de unha são realizadas em número pouco expressivo de equipes.

No que tange à realização de testes rápidos (*tabela 4*), verificou-se que em 99,6% de todas as 2.019 UBS recenseadas não há disponibilidade de testagem para sífilis, em 97,4% não há teste rápido de gravidez e 98,9% das UBS do censo também não dispõem de testes para HIV. Os dados são preocupantes, pois evidenciam problemas graves de acesso ao diagnóstico rápido de eventos ou agravos, foco de políticas estratégicas, à exemplo da Política de Saúde da Mulher. Ademais, é importante considerar que os testes rápidos podem possibilitar o diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento, ampliando, assim, as chances de cura.

Conclusões

Pode-se concluir que as UBS não apresentaram barreiras de acesso relacionadas à distância e ao horário de funcionamento, embora no caso deste último tenham se observado evidências, nos diários de campo, quanto ao não funcionamento de parcela das UBS no período da tarde.

Em relação à acessibilidade a pessoas idosas, com deficiência ou com dificuldades de ler ou escrever, considera-se que os dados do censo das UBS de Pernambuco lançam luz sobre o problema que necessita ser enfrentado, através da requalificação das unidades de saúde, de eliminação de barreiras arquitetônicas e organizacionais para promoção do acesso com equidade.

Outro mecanismo de acesso observado foi a implantação do acolhimento à demanda espontânea em parcela significativa das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, com envolvimento dos diversos profissionais de saúde. Todavia, ainda não tem repercutido na organização do conjunto das ações ofertadas pelos serviços e na qualificação dos profissionais

no que se refere à identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários.

Dentre os dispositivos organizacionais que também poderiam contribuir para que as equipes da Atenção Básica exerçam o papel de coordenação do cuidado, têm-se as centrais de regulação. Entretanto, a existência de tais centrais por si só não garante acesso, quando estas se limitam à oferta municipal. Os dados demonstraram que, mesmo com a existência de protocolo para acesso à atenção especializada, menos da metade dos usuários consegue agendamento para consulta. Ademais, observa-se que há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios.

Além disso, a partir dos resultados do estudo, considera-se que foram incipientes os mecanismos de troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços de Atenção Básica e especializada. Esta, sem dúvida alguma, poderia ser uma ferramenta organizacional potente para qualificação da atenção e para que a Atenção Básica exerça seu papel de coordenação, contribuindo com a continuidade do cuidado com resolubilidade. Para tanto, sabe-se que não é suficiente implantar centrais, definir protocolos, fluxos de acesso e fichas de encaminhamentos. É necessário consolidar formas de diálogo entre as equipes dos diversos níveis de complexidade.

A pesquisa evidencia ainda a incipiente resolutividade das equipes da Atenção Básica no que se refere ao acesso à coleta de exames nas UBS, ao atendimento a pequenos procedimentos e cirurgias e à realização de testes rápidos.

Dessa forma, conclui-se que no Estado de Pernambuco está ocorrendo uma expansão da Atenção Básica com acessibilidade geográfica, mas que na dimensão sócio-organizacional ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde. ■

Colaboradores

Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Tereza Maciel Lyra e Sidney Feitosa Farias participaram do planejamento do artigo, análise e redação do manuscrito. Marina Ferreira de Medeiros Mendes e Petrônio José de Lima Martelli participaram da discussão e revisão do texto.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n.1, p. 223-236, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S (Org.). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 88-113.
- ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 04 abr. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 04 abr. 2014.
- CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n.1, p. 99-105, 2011.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os

sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 2001. p. 39-64.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, Hagerstown, v. 19, p. 127-140, 1981.

PIERANTONI, C. R. et al. Indicadores de carga de trabalho para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T (Org.). *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro, CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. p. 55-68.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

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

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3615-3624, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará

Assessment of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in the state of Ceará

Paulo Henrique Arruda Linhares¹, Geison Vasconelos Lira²,
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque³

RESUMO O objetivo do estudo foi avaliar o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Estado do Ceará. Como referencial teórico, utilizou-se o Modelo de Avaliação CIPP — Contexto, Inputs, Processos e Produto. A metodologia foi abordagem qualitativa de natureza exploratória-descritiva. Empregou-se a pesquisa documental e entrevista estruturada. A organização e análise de dados foi a partir análise temática de conteúdo. Nos resultados, o estudo apontou que a implantação do Programa se deu de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde, que há necessidade de readequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além da melhoria da participação do Estado no financiamento da Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

ABSTRACT *The aim of the study was to evaluate the implantation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in the state of Ceará. The theoretical approach used the CIPP Evaluation Model — Context, Inputs, Processes and Product. The methodology used the qualitative approach of exploratory-descriptive nature. We used a structured interview and documentary research. The organization and analysis of the data were done based on the Thematic Content Analysis. The results of the study indicated that the implementation of the program took place in a vertical manner by the Ministry of Health, also indicating the need of upgrading the human, technological and financial resources, besides the role of the State in the funding of primary care.*

KEYWORDS *Program evaluation; Primary Health Care; Health care quality, access, and evaluation.*

¹ Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil
phadm@hotmail.com

² Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
vasconlira@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
izabellemontalverne@gmail.com

Introdução

A partir da década de 90, foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento de Atenção Básica (DAB), na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, cujo objetivo era formular e conduzir propostas de avaliação em Atenção Básica que, inicialmente, focava o monitoramento da estrutura, do processo e do resultado por meio de dados obtidos dos sistemas de informação em saúde e de avaliações normativas (BRASIL, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde desencadeou um processo de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) por meio do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF). Com a previsão de ser desenvolvido em três fases no período de oito anos, o projeto visava assegurar melhor organização dos sistemas locais de saúde, a qualificação do processo de trabalho e a melhoria nos desempenhos de serviços. A primeira fase estruturava-se em três componentes: 1) apoio à conversão do modelo de atenção; 2) formação e capacitação de recursos humanos; 3) monitoramento e avaliação (BRASIL, 2003). Os componentes 2) e 3) destinavam-se ao conjunto de municípios, independentemente do porte populacional, e seu principal objetivo era a qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O componente de monitoramento e avaliação foi compreendido como fator impulsionador de uma política de avaliação que vinha se desenhando no âmbito da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Ao se investir na institucionalização da avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o propósito de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade — e, abrangentes em

suas várias dimensões, da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

No ano de 2006, cerca de 82 milhões de brasileiros estavam cadastrados pelas equipes de Saúde da Família, segundo dados do Ministério da Saúde. Nesse contexto, os debates voltaram-se aos impactos produzidos na saúde com a implantação da ESF, à necessidade e ao interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, bem como ao crescimento contínuo no acesso aos serviços da ABS. Diante disso, ressurgiu a discussão sobre a institucionalização da avaliação, redimensionando as competências da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CAA/DAB/SAS/MS) que, além de monitorar e avaliar a Atenção Básica, é instrumentalizar a gestão e fomentar a cultura avaliativa no SUS (BRASIL, 2005).

Com o acelerado crescimento da ESF, surge a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. Nisso, Bodstein (2009) defende a necessidade de se avaliar a significativa expansão que a ESF teve no país. É preciso verificar seu impacto sobre a saúde da população e os resultados quanto ao seu desempenho dentro do sistema de saúde. Diversos autores já evidenciaram a relevância da prática avaliativa no processo de tomada de decisão em qualquer ponto do sistema de saúde (FIGUEIREDO; TANAKA, 1996; HARTZ, 1999; NOVAES, 2000; BRASIL, 2005). Como prática desse processo, os países desenvolvidos têm utilizado como ferramenta a incorporação da avaliação como política governamental (HARTZ; VIEIRA SILVA, 2005) e, consequentemente, como prática institucional (SARTI ET AL., 2008).

Nessa lógica, o Ministério da Saúde lançou a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, permitindo aos atores envolvidos nos municípios a apropriação de princípios,

métodos e ferramentas para a construção dessa história por si mesma. Esse processo dar-se-á de forma voluntária pela adesão por parte dos gestores e com uma metodologia de autoavaliação, orientando a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas. No entanto, no decorrer dos anos, foram identificadas algumas limitações na AMQ que foram enfraquecendo o programa, tais como baixa adesão em nível nacional; ausência de definição de escores; padronização em face da diversidade de cenários do Brasil; paradoxo da adesão livre sem financiamento e a necessidade dos recursos, dentre outros.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2011A).

Em face desse contexto de evolução das práticas de avaliação da ABS no Brasil, o objetivo do estudo foi avaliar formativamente o processo de implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no estado do Ceará. Especificamente, foi modelada uma matriz de avaliação formativa do processo de implantação do PMAQ-AB orientada para a tomada de decisões; em seguida, essa matriz de avaliação foi aplicada no cenário do estado do Ceará comparando as percepções, opiniões, conhecimentos e comportamentos comuns, convergentes e divergentes, dos atores envolvidos na implantação do PMAQ-AB. O presente artigo é fruto da dissertação de mestrado aprovada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral.

Ressalta-se a relevância deste estudo pela incipiência do PMAQ-AB e, em virtude

disso, a necessidade de pesquisar seu processo de implantação, a roupagem nova do AMQ dentro do Programa, bem como a concomitância da pesquisa e do acompanhamento e monitoramento do primeiro ano de implantação, período da pesquisa, visando produzir conhecimento para viabilizar tomada de decisões necessárias à reorientação do programa. Ademais, pode ter um valor de descrição de implantação, podendo contribuir nas potencialidades e fraquezas do processo. Resultado de um processo de negociação entre as três esferas de governo, o PMAQ-AB foi instituído em um cenário onde se estimava que mais de 50% da população brasileira era coberta pela ESF, e que uma média de 30% da população tinha cobertura de outros modelos de ABS, surgindo, assim, a necessidade de ampliação do acesso e da qualidade dos serviços.

O objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2011B). De acordo com o programa, a melhoria da qualidade deverá ser pauta prioritária em todas as esferas de gestão interfederativa do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em todas as adesões e em todas as discussões, sendo fortalecida pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento de novas iniciativas e realidades contextualizadas em cada região, haja vista a sua complexidade epidemiológica, demográfica e as expectativas da população quanto a sua eficiência.

Após reflexão a respeito desses desafios e observação das melhorias instauradas pela implantação Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde, juntamente com representantes das esferas de gestão estadual e municipal, elaborou o PMAQ-AB, estruturado em sete diretrizes que norteiam a sua organização e o seu desenvolvimento (BRASIL, 2011C).

Referencial teórico

No campo da avaliação, Shadish *et al.* (1991) indicam que uma teoria avaliativa ideal descreveria e justificaria por que certas práticas avaliativas levariam a tipos particulares de resultados através de situações com as quais os avaliadores são confrontados. Nesse sentido, ela teria o papel de: (1) tornar claros as atividades, os processos e os objetivos da avaliação; (2) explicar as relações entre as atividades avaliativas, os processos e os objetivos que essas atividades facilitam e (3) testar empiricamente as proposições formuladas com a intenção de identificar aquelas que conflitam com a pesquisa avaliativa e com o conhecimento já sedimentado sobre a avaliação.

A avaliação de programas enquanto prática formal ainda está em franca maturação. A despeito de ser tão antiga no setor público, remontando a 2000 a.C., quando oficiais chineses conduziam exames públicos para medir a proficiência de candidatos a posições no governo imperial, foi apenas durante as quatro últimas décadas que ela teve seu mais rápido e consistente desenvolvimento (FITZPATRICK; SANDERS; WORTHEN, 2004).

No cenário brasileiro, por outro lado, existe um grande número de programas, projetos e ações desenvolvidas nos últimos anos para os quais poucas avaliações foram realizadas, não se conhecendo minimamente o grau de integralidade das ações ofertadas, sua eficiência, eficácia e efetividade (HARTZ; VIEIRA SILVA, 2005).

Dado o seu caráter sempre conjuntural e de contexto, uma das formas frequentes de criar categorias para as avaliações de programas é pela especificação da fase (ou fases) do programa que está sendo avaliado (de desenvolvimento e proposição, também denominados de estratégica, de implantação e de resultados e impacto) e pelo detalhamento da questão, ou questões, que orienta a avaliação ou o(s) foco(s) a ser privilegiado (descritivo, causal, comparativo, prospectivo, econômico, de mobilização

social, de monitoramento, entre outros), gerando longas listas de tipos de avaliação, que mais confundem do que auxiliam na sua compreensão (CONTANDRIOPOULOS *ET AL.*, 1997).

Nas últimas décadas, várias iniciativas voltadas para a avaliação em Saúde vêm sendo desenvolvidas progressivamente. Primeiramente, foram realizadas pesquisas acadêmicas a fim de investigar serviços ou sistemas de saúde. Posteriormente, os Programas de Extensão de Cobertura (PECs) e outros programas especiais demonstravam uma preocupação quanto à avaliação com indicadores e montagem do sistema de informações (HARTZ, 2008). Contudo, o cenário brasileiro ainda se ressentia da incorporação de modelos avaliativos já consagrados na literatura do campo da avaliação, e mesmo do desenvolvimento de novos modelos, sendo um fator limitante ao desenvolvimento do campo em nosso país, particularmente no Setor Saúde.

Tentando superar esse óbice, foi adotado neste estudo, para avaliar o PMAQ-AB, um modelo de avaliação desenvolvido na década de 1960 nos Estados Unidos, denominado Modelo CIPP (acrônimo de Contexto, Inputs, Processos e Produto), o qual tem sido utilizado nas empresas e instituições, em áreas de serviços, incluindo habitação, educação, segurança e transporte, centrado na função da avaliação voltada à tomada de decisões (STUFFLEBEAM, 2003). O Modelo CIPP, aqui entendido em sua função de objetivação e na aceção morfológica arquitetônica, é composto por quatro tipos de avaliação (Contexto, Inputs, Processos e Produto), muito embora não seja preciso utilizar os quatro tipos para alcançar as finalidades de uma dada avaliação. Especificamente, este artigo trabalhará somente o composto Avaliação de Processos.

Esse composto avalia a implementação de planos para ajudar o profissional a exercer as suas atividades e, mais tarde, também ajudar um grupo mais amplo de usuários no desempenho do programa e no julgamento e na interpretação dos resultados. Para Stufflebeam

(1971), a Avaliação de Processos promove acompanhamento de informações e relatórios aos gestores com o objetivo de garantir a execução do programa. Seus questionamentos podem ser: os projetos e ações inerentes ao programa obedecem ao cronograma? As ações são aplicáveis às estratégias do programa? Os recursos são suficientes para a execução das estratégias?

O Modelo CIPP é um esquema global de orientação de avaliações formativa e somativa de projetos, programas, pessoal, produtos, instituições e sistemas. O modelo é configurado para uso em avaliações internas realizadas por avaliadores de uma organização (de autoavaliações realizadas por equipes de projetos ou por prestadores de serviços individuais) ou por avaliadores contratados para avaliações externas. O modelo tem sido empregado em todo os EUA e ao redor do mundo, em avaliações de curto e longo prazos, em investigações tanto de pequeno quanto de grande portes (STUFFLEBEAM, 2003).

Conforme destacam Lima (2008), o Modelo CIPP procura promover a cultura da avaliação no âmbito das organizações (empresariais e educacionais) para fundamentar as decisões gerenciais com base em investigações sistemáticas, pautadas na coleta de dados relevantes (fatos) e na análise racional destes.

Em revisão de literatura, não foram identificados trabalhos que utilizassem o Modelo CIPP na Avaliação em Saúde. Não obstante, em estudo realizado no Brasil, Andriola (2010) ilustra o emprego do Modelo CIPP para efetivar diagnóstico das atividades educacionais aplicadas a alunos reclusos em unidades prisionais brasileiras desenvolvidas nos estados do Acre, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará e Pernambuco. Conforme seu estudo, dentre as principais vantagens do Modelo CIPP, destaca-se a boa adaptação em quaisquer tipos de avaliação, tais como avaliação de projetos, de programas e de organizações. Outro benefício é o fato de esse modelo poder fornecer informação proativa (formativa), isto é, informação

que pode ser usada para suportar decisões de alteração dos objetivos e processos durante a própria implementação, como também informação retroativa (somativa), ou seja, julgar o mérito e o valor após o término da avaliação (STUFFLEBEAM, 2001).

O Modelo CIPP trata a avaliação como um corolário essencial da melhoria e prestação de contas dentro de um quadro de valores adequados e como uma busca por uma clara e inequívoca resposta. Ele tem, pois, potencialidades de emprego no setor saúde que ensejaram sua escolha para este estudo como referência teórica para esta pesquisa avaliativa.

Métodos

Para a consecução dos objetivos deste artigo, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória-descritiva. A pesquisa qualitativa é vista como uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente (FLICK; KARDORFF; STEINKE, 2000). Segundo Minayo (2006), a abordagem de pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de

incorporar a questão do 'significado' e da 'intencionalidade' como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (p. 22-23, grifos do autor).

Para Minayo e Sanches (1993), esse tipo de abordagem faz com que exista uma aproximação íntima entre o pesquisador e o interlocutor, uma vez que

ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993, P. 244).

Conforme Flick, Kardorff e Steinke (2000), a pesquisa qualitativa apresenta quatro bases teóricas: a realidade social é vista como construção e atribuição social de significados; a ênfase no caráter processual e na reflexão; as condições objetivas de vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; e o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa.

O cenário do estudo é o estado do Ceará. Foram definidos como participantes da pesquisa informantes-chave representativos das três esferas de gestão interfederativa do SUS de acordo com a prioridade do PMAQ-AB, obedecendo-se ao critério de amostragem por máxima variação (PATTON, 2007), a saber: Macrocontexto com quatro participantes (gestores federais do SUS, universidades – Avaliação Externa), Mesocontexto com um participante (gestor estadual do SUS) e Microcontexto com quatro participantes (gestores municipais do SUS, representados por diretores do Conselho da Secretaria Municipal de Saúde do Ceará (COSEMS) e por secretários de saúde dos municípios de pequeno, médio e grande porte do estado do Ceará).

Para as finalidades heurísticas deste estudo, utilizou-se duas técnicas de pesquisa: a pesquisa documental e a entrevista estruturada. A pesquisa documental foi dirigida ao Manual do PMAQ-AB (BRASIL, 2011B), que foi submetido à análise preliminar, incluindo: o exame do contexto social no qual ele foi produzido; a identificação dos *stakeholders* que se expressam nos documentos, bem como sua ideologia e interesses; a informação sobre a qualidade da informação transmitida, particularmente sobre a autenticidade e a confiabilidade do texto; a caracterização da natureza do texto; e a compreensão dos conceitos-chave e da lógica interna do texto (CELLARD, 2008). A seguir, o material de texto coligido dessa análise preliminar foi submetido à etapa de ‘pré-análise de conteúdo’, cujos produtos foram registrados em fichas elaboradas em processador de

texto, compondo o *corpus* para as demais etapas da Análise de Conteúdo.

A entrevista estruturada foi descrita por Marconi e Lakatos (2005, p. 199) como aquela que “o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano”. Para Lakatos (2005), a padronização permite obter dos entrevistados respostas para as mesmas perguntas, consentindo que elas sejam examinadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devam retratar diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas. Foi utilizado um ‘roteiro de entrevista estruturada’ com questões abertas, que versam sobre avaliação de ‘processos’, observando-se a Matriz de Avaliação do PMAQ-AB elaborada com base no Modelo CIPP, apresentada no *quadro 1*.

Quanto à análise de conteúdo, Bardin,

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (1977, p. 42).

A investigação dessas variáveis inferidas (as causas que se procura determinar no processo heurístico) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto) confere à análise de conteúdo o caráter de ser um bom instrumento de indução. Em uma palavra, a indução é a essência do método. Este está organizado em diferentes fases, em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Consistiu essencialmente na operação de releitura vertical do *corpus* e de codificação e enumeração. Para Bardin:

A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas

– dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. (1977, P. 103).

A organização da codificação utilizada neste estudo compreendeu a escolha de unidades de registro e de unidades de contexto, e a enumeração, a qual, considerando que a análise de conteúdo efetuada aqui foi do tipo qualitativa, fundou-se na regra da presença (ou da ausência) de unidades de registro (no caso aqui expresso, dos temas sobre o PMAQ-AB que emergiram do material). Para cada componente do *corpus*, recortes a nível semântico, ou seja, tendo o ‘tema’ por unidade de registro cuja noção é largamente utilizada em análise temática e é característica da análise de conteúdo. Trata-se da unidade

de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc. Assim,

fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1977, P. 105).

Após o tratamento dos dados, foram identificadas cinco categorias nas quais foram agrupados 24 temas, conforme distribuição apresentada abaixo:

I - Ações que efetivam as diretrizes do PMAQ-AB: (1) transparência do processo,

Quadro 1. Matriz de coleta e análise de dados para avaliação do PMAQ-AB, consoante o modelo CIPP

Valores do PMAQ-AB	Etapa avaliativa	Atividade (descritas para o modelo CIPP adaptadas ao PMAQ-AB)	Nível/método de análise		
			Macro	Meso	Micro
1. Comparabilidade entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde	PROCESSOS (Ações) Avalia as atividades do Programa	Entrevista os beneficiários, líderes e staff do programa para obter suas avaliações sobre o progresso do programa	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos do MS pelo PMAQ-AB e com os avaliadores externos	Entrevista estruturada com responsáveis técnicos da SESA-CE pelo PMAQ-AB	Entrevista estruturada com a diretoria do COSEMS
2. Incrementalidade, prevendo-se um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva gestão, processo de trabalho e resultados alcançados pelas equipes de saúde na atenção básica					
3. Responsabilização dos gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica					
4. Desenvolvimento de cultura de negociação e contratualização					
5. Estímulo a efetiva mudança no modelo de atenção					
6. Adesão voluntária					

Fonte: STUFFLEBEAM, 2003

(2) construção coletiva, (3) cultura de negociação, (4) desenvolvimento tecnológico, (5) educação permanente, (6) rotinas de supervisão e visitas técnicas, (7) não há nenhuma ação que tenha efetivado as diretrizes do PMAQ-AB;

II - Processo de adesão: (1) adesão voluntária como processo de construção coletiva, (2) não adesão das equipes por rivalidade política, (3) divulgação do processo de adesão, (4) processo de adesão por obrigatoriedade;

III - Adequação dos recursos ao Programa: (1) recursos humanos estão inadequados, (2) recursos tecnológicos são inadequados, (3) recursos financeiros são ainda insuficientes, (4) todos os recursos são inadequados;

IV- Obstáculos a serem vencidos na atual fase do Programa: (1) logística, (2) conclusão da Avaliação Externa, (3) conscientização do gestor, (4) intersetorialidade dentro da secretaria de saúde, (5) quebra de paradigmas de muitos profissionais, (6) reestruturação da Avaliação Externa;

V- Necessidade de eventos para reorientação do Programa: (1) eventos para debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar a discussão nos municípios, (2) esclarecimentos do que está acontecendo na fase atual e de qual será a próxima fase, (3) educação permanente como medida eficiente para reorientar o programa.

Análise e discussão

Ações que efetivam as diretrizes do PMAQ-AB

Na percepção dos representantes do Ministério, muitas ações estão sendo desenvolvidas

para a efetivação das diretrizes do PMAQ-AB conforme o que preconiza no programa. Das ações, destacamos a inovação de ferramentas tecnológicas para monitoramento e avaliação dos indicadores e programa de acompanhamento por parte do usuário. Outra novidade é o papel do apoiador institucional na discussão contextual em parceria com o estado e municípios. Na fala do representante do estado a seguir, é intensificado sua exclusão no processo, embora tenha inserido em sua rotina de trabalho ações que acompanham o PMAQ-AB nos municípios. Quanto aos municípios, o discurso é que o processo está lento, o Ministério tem atrasado os repasses dificultando as ações e que existe uma dificuldade de envolver o profissional médico na construção do processo.

O gestor municipal adere sem que seus trabalhadores saibam que ele está aderindo, está pactuando melhor dizendo, está pactuando ali compromissos, indicadores, resultados, etc. e os trabalhadores nunca ficaram sabendo, ou se ficaram sabendo ficaram de maneira muito vaga, e não fizeram nenhum tipo de movimento pra alinhar suas ações a essa pactuação que foi feita pelo gestor municipal (MACRO 1).

Eu vejo muita pouca ação nesse momento. Hoje simplesmente o ministério tá vindo ao município faz a vistoria e decide se vai pagar ou não. Acho que essa ação punitiva de análise que está acontecendo, embora esteja baseada em legislação, ela não tá fazendo com que os municípios tenham uma tranquilidade de organizar suas equipes para que consigam acessar esses recursos com mais facilidade (MICRO 1).

Adesão

Na maioria da percepção macro e micro, o processo de adesão se deu, voluntariamente, com uma ampla divulgação que inclui as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes tradicionais da Atenção Básica. Surgiram questões de equipes que não aderiram ao processo

por rivalidade política, em que membros da equipe não aderiram por não serem do mesmo partido político do gestor municipal. Outra fala relevante, mas que não aconteceu no estado do Ceará, local deste estudo, é que gestores manipularam o processo de adesão. Quanto à percepção meso, o discurso do Estado permanece como excludente do processo, mas que participou ativamente na divulgação da adesão ao PMAQ-AB, inclusive com o COSEMS. Por último, uma fala do representante municipal que apresenta o processo de adesão como obrigatório, já que era o único modelo proposto pelo Ministério: *“Foi realmente voluntário, mas que a gente sabe que muitas equipes que gostariam de aderir não tiveram a oportunidade de aderir foi bem democrático”* (MACRO 4).

Aliás, minto, em alguns municípios a gente soube que foi uma adesão que os gestores pediram, não vi isso no nosso estado, em outro estado um gestor pegou as assinaturas dos profissionais da saúde de uma ata de uma reunião, e utilizou essas assinaturas como se esses profissionais tivessem aderindo ao PMAQ-AB, então quando nossos avaliadores chegaram pra avaliar essa equipe foi uma confusão, porque eles disseram que não pediram a avaliação, Então assim, até onde nós sabemos não aconteceu no nosso estado, mas aconteceu em estados vizinhos, triste né... E a gente sabe também... que várias equipes não aderiram por estarem ‘contra’ a gestão municipal... ‘ah eu vou aderir pro município ganhar mais dinheiro, então não vou aderir.’ Foi uma represaria dos profissionais quanto a gestão do município (MACRO 4).

Como esse processo foi todo, a gente não acompanhou muito isso, porque esse processo foi ministério/município, então nós não acompanhamos muito não... nós não interferimos em nada disso não, não tivemos nenhuma influencia nisso não, tivemos reuniões com os COSEMS alertando para a questão da adesão, sempre lembrando, adesão, como era o processo, esclarecendo a questão dos indicadores mas muito por iniciativa própria mesmo (MESO).

Foi apresentada a portaria ao gestor, o gestor aceitou o processo, e depois foi discutida com a coordenação da Atenção Básica e o colegiado de gestão, foi aprovado por todos, repassado para as gerentes das unidades de saúde que o município teve a adesão de todo o potencial que devia ser aderido (MICRO 4).

“Não foi voluntária fomos obrigados pois não temos outro modelo” (MICRO 3).

Adequação dos recursos ao Programa

Na percepção de todos, existe uma inadequação dos recursos humanos. Uma necessidade de capacitação dos profissionais, de fixação nos municípios e de melhor preparação para atuar na Atenção Básica. Destacamos, em especial, o profissional médico, que é apresentado por não cumprir a carga horária exigida, não trabalhar em equipe e em alguns casos não estarem preparados para atuar na Atenção Básica.

Eu acho que é um grande gargalo, do ponto de vista dos recursos humanos nós temos desde o problema da falta de profissionais, sobretudo médicos, mas isso em algumas situações pode estar relacionado a ausência de outros profissionais também, ainda no campo dos recursos humanos a gente encontra situações de baixa qualificação dos trabalhadores em muitas localidades. É muito comum na maior parte das vezes são trabalhadores recém-formados e eventualmente mal formados, que se deparam com situações extremamente complicadas e se veem com pouca habilidade para poder enfrentar e dar conta dessas situações (MACRO 1).

Inadequados olha, eu diria que dentro desses recursos, eu acho que o recurso humano ele precisa de muita qualificação, precisamos de muita ênfase na qualificação do profissional que atua na Atenção Básica e nós precisamos caminhar muito nesse sentido (MACRO 2).

Eu acho que a gente em recursos humanos temos que melhorar, melhorar a qualidade a visão mesmo da atuação do profissional médico... tecnológica lógico que nós temos também que modernizar, temos que tá com tudo informatizado, temos que ter um crescimento muito grande nisso... e a gente sabe que com esse recurso financeiro não dá pra colocar ainda na visão de alta tecnologia (MICRO 2).

“Todos os recursos são inadequados” (MICRO 3).

Referente aos recursos tecnológicos, a falta de computadores e de conectividade à internet é um problema que se encontra nos municípios dificultando o desenvolvimento do programa.

Acho que essa tecnologia não só de computador, mas de telefone, de e-mail, as equipes e os gestores vão conseguir se comunicar mais com a gente via site, o que for que consiga fazer com que eles fiquem mais próximos... pelo sistema, várias coisas são online e a gente sabe que muitos municípios tem uma dificuldade de estar online pela própria internet, ou por falta de computador (MACRO 3).

Da parte tecnológica, de equipamentos... estrutura inadequada para posto de saúde, as vezes é uma casa que foi desapropriada e aquela casa se transformou numa unidade de saúde, as portas são estreitas, não entra cadeirantes, não tem iluminação, não tem uma pia dentro do consultório...o compressor do dentista fica dentro da sala com aquela ‘zuada’ horrorosa pra atender o paciente, equipamento de esterilização ainda muito com estufas e autoclave, e algumas estufas não estão funcionando adequadamente (MACRO 4).

Quanto aos recursos financeiros, todos reconhecem que os recursos ainda são insuficientes, inclusive para atender aos objetivos que o PMAQ-AB pretende, com exceção do Estado que apresenta como adequado os recursos financeiros. No entanto, é apresentada a ausência do Estado no cofinanciamento da Atenção Básica que poderia oxigenar as ações

de saúde nos municípios minimizando essa inadequação financeira. Outro fator colocado nas falas a seguir é que os recursos vêm em caixinhas destinadas a serem utilizadas para tal fim sem poder manejar o recurso, isto é, o recurso entra como destino de gasto.

Os recursos financeiros, eles deram uma oxigenação e vão dar não tenho dúvida disso, uma oxigenação no processo. O grande problema da inadequação dos recursos financeiros é que diz respeito às vezes a uma, a uma não, quase nenhuma contrapartida por parte dos estados no co-financiamento da Atenção Básica. Isso precisa ser ressignificado, precisa ser mais refletido no campo da Atenção Básica no sentido de haver maior paridade de iniciativas no campo do financiamento da Atenção Básica (MACRO 2).

Mas a gente escutou muito eles reclamando de falta de recursos, de liberdade de gasto, porque às vezes o dinheiro está lá, mas a equipe não tem como gastar, as vezes eu tenho papel higiênico demais e papel toalha de menos, as vezes eu tenho muita pasta de dente e não tenho nenhuma escova de dente. Então as vezes não é nem tanto o recurso que tá faltando, é a dificuldade de se gastar certos recursos com a dinâmica que é, de gerir uma unidade de saúde (MACRO 4).

Recursos financeiros eu acho que eles não estão inadequados não...recursos humanos eu acredito que sim por conta da rotatividade que a gente ainda tem, eu acho que o maior problema ainda é a questão de recursos humanos (MESO).

Obstáculos a serem vencidos na atual fase do Programa

Na percepção do Macrocontexto, são vários os obstáculos a serem vencidos na fase atual do PMAQ-AB, como a logística e conclusão da Avaliação Externa, bem como a validação deste processo. Por último, a conscientização do gestor de que o PMAQ-AB não é um programa que avalia e dá uma nota, mas

um processo contínuo de avaliação visando aperfeiçoar os processos, melhorar a qualidade e aumentar o acesso à população.

É garantir logisticamente a execução da própria Avaliação Externa, que é uma coisa colossal... mas, o grande problema é garantir a operacionalização de tudo isso, a logística desse trabalho de coleta, de chegada aos municípios, nas unidades básicas de saúde para poder fazer essa Avaliação Externa (MACRO 1).

A gente tá na Avaliação Externa né, os principais obstáculos eu acho que é pro gestor municipal e pra equipe entender que o PMAQ-AB não é só Avaliação Externa, eles não vão tá sendo só avaliados pra ganhar uma nota e continuarem no programa, eu acho que a gente precisa discutir mais com eles... debater mais com eles essa coisa da avaliação cíclica e do que essa avaliação vai proporcionar de melhoria para o município e para o trabalho deles frente a população (MACRO 3).

São dois os obstáculos na percepção da gestão estadual. Primeiro, o de conscientização do gestor sobre os projetos e programas da Atenção Básica, principalmente os novos prefeitos e secretários do processo eleitoral municipal.

Agora nós temos um desafio grande por conta dos resultados das eleições aqui a gente vai ter um trabalho muito intenso para que os novos prefeitos, e é claro as novas secretarias, os novos secretários entendam não só o PMAQ-AB, mas entendam todos os projetos e programas que a gente tem na Atenção Básica, principalmente a política nacional (MESO).

Em segundo a intersetorialidade dentro da secretaria da saúde, entre vigilância à saúde e Atenção Básica por exemplo, e entre as secretarias da mesma gestão. Um desafio que aí a gente trabalha fragmentado, eu não sei como que a gente pode tá corrigindo isso, nesse momento vigilância e atenção tem que andarem juntos, e é um dificultador muito expressivo... (MESO).

Na percepção dos representantes municipais, o obstáculo atual a ser vencido é a quebra de paradigmas de muitos profissionais em que o programa do PMAQ-AB é mais uma política provisória do Ministério da Saúde e que somente com a educação permanente é que esses paradigmas irão romper. Outro obstáculo é a reestruturação da Avaliação Externa, sua forma e seus instrumentos de avaliação, que também são apresentados como impedimentos que devem ser trabalhados. Apontamos, ainda, a falta de transparência do processo como obstáculo.

Eu acho que é quebrar os paradigmas de muitos profissionais que não acreditam nessa política de melhoria do acesso e da qualidade, esse paradigma nós só iremos quebrar com educação profissionalizante, com educação permanente em saúde (MICRO 1).

“Não sabemos em que fase estamos pois não tem transparência e ninguém sabe informar nada (MICRO 3).”

“Eu acho que a reestruturação da forma avaliativa, dos instrumentos de avaliação e da forma como os avaliadores fazem isso dentro da unidade de saúde (MICRO 4).”

Necessidade de eventos para reorientação do Programa

Os representantes das três esferas de governo foram unânimes quanto à extrema necessidade de eventos para esclarecimentos e reorientação do programa. O objetivo desses encontros é debater o programa, trocar experiências e principalmente incentivar esta discussão nos municípios, o que deve acontecer através da educação permanente. Para isso, o Ministério da Saúde conta com o apoiador institucional descentralizado em todo território nacional.

Considerados como absolutamente essenciais, os eventos estão programados por meio de oficinas, seminários, rodas e fazem parte da rotina do Ministério da Saúde.

A gente tá sempre preocupado com isso, a realização de eventos de uma maneira geral faz parte da nossa rotina, sobretudo dos apoiadores do departamento de Atenção Básica, que estão aí pelo território nacional debatendo com estados, municípios e as vezes até com trabalhadores (MACRO 1).

Eu acho que são necessários, principalmente encontros de esclarecimento do que está acontecendo. Os municípios agora estão meio perdidos, tem tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo que eles não conseguem absorver essa informação, e as vezes a informação muda também..... acho que se eles entendessem melhor esse processo eles não estariam usando essas artimanhas que a gente viu. O PMAQ-AB é uma avaliação, acho que os profissionais que estão envolvidos na Estratégia Saúde da Família precisam de educação permanente para que consigam desenvolver melhor suas atividades, mas os gestores precisam de encontros que esclareçam os objetivos do PMAQ-AB (MACRO 4).

Altamente necessário, porque assim, chegou num prazo muito curto, teve que ser discutido, implantado, solicitado avaliação, foi tudo num prazo muito curto, se sente como se a união tivesse um dinheiro destinado para aquilo e tivesse que gastar em tempo recorde pra não deixar de gastar o recurso, que é um programa muito bom mas precisava ter sido feito encontros de educação permanente sobre o programa pra todo mundo ter entendido melhor, muita gente até não aderiu pela falta de compreensão (MICRO 4).

Conclusões

Analisando as percepções, opiniões, conhecimentos e comportamentos comuns dos entrevistados, apontamos que a implantação do PMAQ-AB no estado do Ceará se deu de forma verticalizada pelo Ministério da Saúde propondo uma adesão voluntária com ausência de esclarecimentos e prazos ínfimos para discussão do programa com os gestores

municipais, exclusão do governo estadual no processo de implantação e com um discurso normativo, conhecedor do programa e da PNAB. Quanto aos demais representantes, identificamos um discurso prático de quem executa e que precisa principalmente de apoio técnico e recursos financeiros, tecnológicos e humanos, considerados inadequados, como visto acima, e que podem ser reorientados através da educação permanente.

Outro ponto é a precariedade dos recursos humanos nos municípios, que sem nenhum apoio técnico especializado, alta rotatividade de profissionais e sobrecarga de trabalho vem desenvolvendo as ações em saúde de forma corajosa, embora fragilizada. Com relação aos recursos tecnológicos, percebemos que o próprio Ministério da Saúde apresentou problemas na aquisição de equipamentos para os avaliadores externos. Nos municípios, essa dificuldade se agrava, tendo em vista que o programa prevê um sistema de informações na rede, a realidade existente é de equipamentos de informática obsoletos, ausência de internet ou mesmo internet lenta e dificuldades de técnicos de informática.

Ressaltamos ainda o subfinanciamento como outro aspecto que deve ser discutido apesar do incentivo ao PMAQ-AB ser considerado um aspecto positivo na gestão da Atenção Básica nos últimos anos, é um gargalo que os municípios têm enfrentado com a variedade de programas e ações que o Ministério da Saúde estabelece, visto que os recursos para a implantação desses programas requerem um alto valor de contrapartida do município. Como proposta, o estudo identificou como uma das alternativas apresentadas pelos representantes da esfera federal e municipal a participação efetiva do Estado no cofinanciamento da saúde na Atenção Básica, hoje considerado insignificante. Por fim, verificamos como fundamental para o desenvolvimento do PMAQ-AB a participação popular no processo, oficinas ou seminários para esclarecimento na utilização dos recursos financeiros do programa, principalmente quanto

ao incentivo aos profissionais por cumprimento de metas e, por último, o aumento de apoiadores institucionais e a lotação dos mesmos nas regiões de saúde do estado.

Este estudo teve como passo inicial avaliar a implantação do PMAQ-AB. Portanto, é importante que outras pesquisas deem continuidade à proposta aqui trabalhada, de forma a proporcionar uma contribuição à Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. ■

Referências

- ANDRIOLA, W. B. Avaliação da Formação de Agentes Prisionais do Ceará em Educação de Jovens e Adultos (EJA). *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, Madrid, v. 9, n. 4, p. 79-92, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, suppl.1, p. 1336-1338, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em:
- _____. Ministério da Saúde. *Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em:
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.
- CONTANDRIOPOULOS A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48

- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321.
- FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cad Fundap*, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1996.
- FITZPATRICK, J. L.; SANDERS, J. R.; WORTHEN, B. R. *Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines*. 3. ed. Boston: Pearson Education, 2004.
- FLICK, U.; KARDORFF, E.; STEINKE, I. Was ist qualitative forschung? Einleitung und überblick. In: FLICK, U.; KARDORFF, E.; STEINKE, I. (Org.). *Qualitative forschung: ein handbuch*. Reinbek: Rowohlt, 2000. p. 13-29.
- HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and surmesure over ready-made. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 229-59, 1999.
- HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA SILVA, L. M. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p
- LIMA, M.A.M. Auto-avaliação e desenvolvimento institucional: projeto aplicado em cursos de administração. Fortaleza: Edições UFC, 2008, 626 p.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2005.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, 406 p.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 237-248, 1993.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Publica*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- PATTON, M. Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage, 2007.
- SARTI, T. D. et al. A institucionalização da avaliação na Atenção Básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da Estratégia Saúde da Família. *UFES Rev Odont*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 63-69, 2008.
- SHADISH, W. R. et al. *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park: SAGE Publications, 1991, 529 p
- STUFFLEBEAM, D. L. The metaevaluation imperative. *American Journal of Evaluation*, Washington, DC, v. 2, n. 2, p. 183-209, 2001.
- _____. The CIPP model for evaluation: an update, a review of the model's development, a checklist to guide implementation. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE OREGON PROGRAM EVALUATORS NETWORK (OPEN), 2003, Portland, OR.
- STUFFLEBEAM, D. L., et al. *Educational evaluation and decision making*. Itasca, IL: Peacock. 1971

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB

Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba

Ane Polline Lacerda Protasio¹, Polyana Barbosa da Silva², Edmilson Calixto de Lima³, Luciano Bezerra Gomes⁴, Liliâne dos Santos Machado⁵, Ana Maria Gondim Valença⁶

¹ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. anepolline@hotmail.com

² Mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora substituta do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. polyana.barbosa.s@gmail.com

³ Mestrando em Administração de Serviço de Saúde pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) – Buenos Aires, Argentina. edmilson.saude@hotmail.com

⁴ Doutorando em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. lucianobgomes@gmail.com

⁵ Doutora em Engenharia Elétrica pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora associada do Departamento de Informática da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. liliane@di.ufpb.br

⁶ Doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Professora Associada do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. anamvalenca@gmail.com

RESUMO Este trabalho objetiva caracterizar a organização, a articulação e a assistência da rede de atenção à saúde no estado da Paraíba, com base nos dados do 1º ciclo de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Realizou-se um estudo do tipo transversal, cujos dados foram analisados descritivamente por meio de valores absolutos e respectivos percentuais. Concluiu-se que existem fragilidades na integração da rede de atenção à saúde na Paraíba em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da Atenção Básica de coordenar o cuidado e ordenar as redes.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Avaliação em saúde; Assistência à saúde.

ABSTRACT In this work, are analyzed the organization, coordination and assistance of the health care networks in the state of Paraíba, Brazil, based on the data obtained from the 1st cycle of the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). It was carried on a cross-sectional study and the data were descriptively analyzed by its absolute and percentage values. It was concluded that there are weaknesses in the integration of the health care network in the state of Paraíba/Brazil concerning the planning and definition of the flow, especially in counter-reference which may compromise the integrity and the role of primary care in order to manage public care and health network.

KEYWORDS Primary Health Care; Unified Health System; Health services accessibility; Health evaluation; Delivery of health care.

Introdução

O princípio da “integralidade” em saúde, definido na Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio incorpora a premissa de garantir a atenção nos três níveis de complexidade da assistência, suscitando o conceito de rede de assistência à saúde (GIOVANELLA ET AL., 2002) e torna-se base para que os serviços ofereçam ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde/doença. Essas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003). No entanto, esse princípio, juntamente com o controle social, necessita ser mais diligenciado para ter um alcance maior em relação àqueles como, por exemplo, a descentralização e a universalização que são mais concretos (GIOVANELLA ET AL., 2002). O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda apresenta inúmeras limitações, mesmo com os notáveis progressos e seu evidente fortalecimento, e seus princípios norteadores ainda não se tornaram uma realidade no cotidiano da atenção à saúde.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabeleceu que

as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Essa rede, assim como estabelecida, é importante tendo em vista a resolubilidade nos serviços de saúde e, para isso, o nível secundário de atenção à saúde tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis

para a conclusão de diagnósticos oriundos da Atenção Primária à Saúde (APS) (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O Ministério da Saúde sugere, no documento denominado de Mais saúde: direito de todos: 2008-2011, uma estratégia para a organização de redes de atenção à saúde e fortalecimento do SUS, a saber: a instituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde que se caracteriza por um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde que se articulam em cada região de saúde de maneira funcional mediante a integração da “produção de saúde” e de estruturas públicas de “planejamento, gestão e governança” (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, o atendimento integral à saúde ultrapassa a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongando pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde (MACHADO ET AL., 2007).

Dessa forma e no intuito de melhorar a qualidade do atendimento e a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS, o governo federal criou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual está organizado em quatro fases, a saber: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa e Recontratualização, que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2012).

A terceira fase, foco de interesse do presente trabalho, objetiva a certificação do desempenho das equipes de saúde por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação dessas equipes, além de um levantamento de informações, que contemplem a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de Atenção Básica e os processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços, para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (BRASIL, 2012).

Entre os aspectos levantados na Avaliação Externa pelo PMAQ-AB, encontram-se informações sobre a articulação e integração da referência e contrarreferência, as quais permitem compreender como é concretizado o princípio da integralidade da Atenção Básica no âmbito do SUS. Nessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo principal descrever um estudo sobre as características da organização, da articulação e da assistência, a partir do olhar dos profissionais de saúde acerca da referência e contrarreferência, com base nos dados do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, no estado da Paraíba.

Métodos

Neste trabalho, foi realizado um estudo do tipo transversal em que se analisou o banco de dados produzido pelo Ministério da Saúde proveniente do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado no ano de 2012 e primeiro semestre de 2013, contendo as respostas de todas as equipes de saúde da Atenção Básica contratualizadas, obtidas com a utilização do Instrumento Avaliação Externa - Saúde Mais Perto De Você.

Na Paraíba, a Avaliação Externa foi realizada no período de maio a outubro de 2012, em todos os seus 223 municípios, totalizando 1.568 unidades de saúde, das quais 625 (39,7%) aderiram ao PMAQ-AB e 946 (60,3%) apenas participaram do censo da estrutura física. Essa fase do PMAQ-AB na Paraíba foi realizada por pesquisadores/professores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que no estado compõem a rede colaborativa coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que também articula instituições nos estados de São Paulo, Pará, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (CASTRO, 2014).

O instrumento de coleta da Avaliação Externa do PMAQ-AB contempla elementos relacionados à estrutura, equipamentos e

condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio dado às equipes pela gestão da Atenção Básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada UBS avaliada (BRASIL, 2012).

É mister ressaltar que esse instrumento está organizado em quatro módulos de acordo com o método de coleta das informações (BRASIL, 2012):

- **Módulo I** – que corresponde à observação na UBS e objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos dessa UBS;
- **Módulo II** – que corresponde à entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS, e visa à obtenção de informações sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com o usuário, e, ao mesmo tempo, verifica documentos que apoiarão a avaliação da implantação de padrões de acesso e qualidade, realizada pelo avaliador da qualidade;
- **Módulo III** – que corresponde à entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, e procura verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização;
- **Módulo IV** – que é o módulo on-line e que compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III respondidas por gestores e equipes no Sistema de Gestão da Atenção Básica.

Neste trabalho, foram consideradas para obtenção da caracterização do fluxo as questões do Módulo II, realizado apenas nas equipes contratualizadas (n=625) referentes à

articulação e integração da referência e contrarreferência, mais especificamente os itens e as variáveis que eles contemplam, tais como: 'Equipe de Atenção Básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde' (formas de encaminhamento para consulta especializada; registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção e comprovação; existência de protocolos orientadores de prioridade para encaminhamento; existência de protocolos com diretrizes terapêuticas e comprovação); e 'Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos' (existência de central de regulação para marcação de consultas especializadas, exames e leitos; existência de fichas de encaminhamentos para demais pontos e comprovação; existência de referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para atendimento dos usuários do território; frequência de contatos dos profissionais da AB com especialistas para troca de informações sobre pacientes encaminhados e dos especialistas com os profissionais de AB; existência de fluxo institucionalizado de comunicação e natureza do mesmo; lista de contatos na UBS para especialistas). A escolha destes itens se deu a partir do trabalho de Fratini, Saupe e Massaroli (2008), que afirmou que a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contrarreferência pode ser considerada

fundamental para a concretização de um dos princípios fundamentais do SUS, que é o da integralidade da atenção.

A organização dos dados foi efetivada com análise dos dados mediante a estatística descritiva: distribuição absoluta e percentual das respostas.

Resultados

Um total de 625 equipes de Saúde da Família respondeu às questões do Módulo II do instrumento de coleta da Avaliação Externa do PMAQ-AB durante o estudo. Esse número refere-se às equipes contratualizadas na Paraíba.

Quando se refere à equipe de Atenção Básica como coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, foram analisadas as 'formas de encaminhamento para uma consulta especializada' aplicadas pela unidade de saúde, sendo apresentadas na *tabela 1* as respostas emitidas pelos usuários.

Verificou-se que, em 62,7% (n=392) dos casos, a equipe 'não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção', 36,8% (n=230) referiram que 'possuem registro', porém, apenas 25% (n=156) possuem documento que comprove.

Sobre as 'fichas de encaminhamento' dos usuários para os demais pontos de atenção, 536 (n=85,8%) das equipes referem possuir,

Tabela 1. Distribuição da frequência da forma de encaminhamento para uma consulta especializada aplicada pela unidade de saúde, considerando o total de 625 equipes de Saúde da Família

Forma de encaminhamento para consulta especializada*	f	N
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada	10,2	64
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente	47,2	295
A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas	42,7	267
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado	19,7	123
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado	13,6	85

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Nessa questão o usuário poderia responder mais de uma alternativa.

Tabela 2. Distribuição da frequência quanto ao ordenamento e a definição de fluxos aplicados pela unidade de saúde, considerando o total de 625 equipes de Saúde da Família.

Ordenamento e a definição de fluxos	%	N
Central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção	94,1	588
Tipos de central de regulação disponível para: *		
Marcação de consulta especializada	92,8	580
Marcação de exames	91,5	267
Marcação de leitos	19,7	123

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

* Nessa questão o usuário poderia responder mais de uma alternativa.

porém, apenas 495 (n=79,2%) apresentaram documentos que comprovaram a existência das mesmas.

Quanto à 'existência de protocolos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de encaminhamento', 75,0% (n=469) das unidades responderam negativamente. Ainda foi perguntado se 'havia diretrizes terapêuticas para alguns casos específicos' e as unidades referiram: 44,8% (n=280) possuíam para câncer do colo do útero, 37,9% (n= 237) para câncer de mama, 53,9 (n= 337) para pré-natal, 45,9% (n= 287) para crianças menores de dois anos, 45,3% (n=283) para hipertensão arterial sistêmica, 45,9 (n=287) para diabetes mellitus, 49,1% (n=307) para tuberculose, 45,9% (n=287)

para hanseníase, 18,7% (n=117) para saúde mental, e 14,1% (n=88) para álcool e drogas.

Em relação à integração da rede de atenção à saúde, quanto ao 'ordenamento e a definição de fluxos', encontraram-se os resultados apresentados na *tabela 2* de acordo com as respostas dos usuários.

Constatou-se que 41,1% (n=257) das equipes referiram possuir documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários em seu território. Entretanto, 57,1% (n=357) não apresenta fluxo definido para: casos de suspeita de câncer de mama ou de colo do útero, parto, exame sorológico na gestante para sífilis ou anti-HIV, exame de glicose, urocultura ou sumário de urina, exame de

Tabela 3. Distribuição da frequência da existência de referência e fluxo definidos para cada área de atenção, considerando o total de 625 equipes de Saúde da Família

Áreas de Atenção	%	N
Casos de suspeita de câncer do colo do útero	35,4	221
Parto	32,5	203
Câncer de mama	35,0	219
Exame sorológico para sífilis (VDRL) na gestante	36,6	229
Exame sorológico anti-HIV na gestante	36,5	228
Exame de glicose	34,1	213
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)	34,7	217
Exame de ultrassonografia para gestante	35,7	223
Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma).	27,4	171

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

ultrassonografia para gestante e urgências. A existência desse fluxo foi comprovada por documentos em 26,9% (n=168) das equipes de Saúde da Família (EqSF). Especificamente na *tabela 3*, é apresentada a frequência de cada área de atenção.

Ao ser indagada a frequência de troca de informações sobre os pacientes encaminhados, 49,4% (n=309) das unidades relataram que os profissionais da Atenção Básica nunca contatavam os especialistas e 41,0% (n=256) estabeleciam contato com especialistas em algumas oportunidades. No entanto, a frequência com que os especialistas nunca contatavam os profissionais de Atenção Básica foi mais expressiva (68,2%; n=426), mostrando uma disparidade nas informações.

Quanto à presença de algum fluxo de comunicação institucionalizado, 389 equipes (62,2%) responderam negativamente ou que desconhecem. Aquelas que referiram possuir fluxo institucional de comunicação mencionaram que a equipe utilizava os seguintes: discussão de casos (21,2%; n=50), ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta (85,2%; n=201), reuniões técnicas com os especialistas da rede (10,6%; n=25), teleconferência (1,3%; n=3), telessaúde (0,8%; n=2), comunicação eletrônica (3%; n=7). Nenhuma utilizava prontuário eletrônico. 122 equipes relataram ter telefone como canal disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive, enquanto que apenas 13 possuíam internet para esse fim.

Apesar de 29,8% (n=186) das equipes referirem que havia uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS com telefones e/ou e-mails, apenas 25% (n=156) delas comprovaram com documentos.

Discussão

Mundialmente, as recomendações para a organização dos serviços e para as práticas dos profissionais estão corroborando com os

parâmetros estabelecidos em âmbito internacional: o sistema de saúde deve ter como porta de entrada e principal ponto de contato a Atenção Primária à Saúde, a qual necessita ter resolutividade e fundamentar-se no vínculo e no cuidado longitudinal, modificando os padrões e os estilos de vida da população atendida (SOUZA; MENANDRO, 2011). Nesse contexto, o PMAQ-AB veio incentivar o fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro contato, de forma acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, além de possibilitar a criação de condições concretas para a garantia e coordenação da continuidade do cuidado nas linhas de cuidado priorizadas nas redes (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). O acesso aos serviços públicos de saúde é um elemento essencial na avaliação da qualidade e direito qualificado da população, independente da complexidade do serviço (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Na Paraíba, os resultados da Avaliação Externa demonstram que ainda não há uma fluidez para o alcance dos usuários aos níveis secundários de atenção, pois, quando analisado o caminho para uma consulta especializada aplicada pela unidade de saúde, apenas em 10,2% das EqSF os usuários saem da unidade de saúde com a consulta agendada e 47,2% das vezes a consulta é marcada pela unidade de saúde e a data é posteriormente informada ao usuário. Esse dado é importante, pois mostra a existência de problemas no fluxo que podem ser atribuídos à falta de planejamento e organização, gerando tempo médio de espera relativamente alto e insatisfação dos usuários. Alguns trabalhos na literatura concordam que é frequente a dificuldade de acesso dos usuários das UBS aos serviços de referência do país (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; SANTIAGO ET AL., 2013). Tal constatação não deveria acontecer, pois os sistemas de saúde que tem como base a atenção primária devem assegurar os fluxos de ação diagnósticos e terapêuticos adequados. Além disso, ressalta-se que problemas de espera para os demais serviços

especializados diminuem a credibilidade deste nível de atenção, assim como barreiras para o acesso ou técnicas inadequadas do cuidado na porta de entrada suscitam processos de utilização pouco eficientes dos serviços especializados e hospitalares (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

No trabalho de Santiago *et al.* (2013), a dimensão da acessibilidade foi avaliada negativamente devido à grande insatisfação com o tempo de espera relativa ao agendamento de consulta especializada e a marcação de consulta na unidade, embora os usuários tenham realizado uma boa avaliação quanto à distância da sua casa até a unidade de saúde. Os autores lembram que a insatisfação refere-se a um dos principais objetivos da unidade de Saúde da Família, porta de entrada para uma rede de serviços resolutivos de acesso universal e ressaltam que essas dificuldades estão relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo. Um dos problemas que podemos inferir é o excesso de referências, que pode surgir pela utilização inadequada da atenção especializada.

Na Inglaterra, por exemplo, para reduzir o tempo da trajetória do paciente na continuidade dos tratamentos, foram definidas metas integradas para cada etapa, incluindo consultas com especialistas, realização de exames, referência para outros especialistas e o tratamento cirúrgico. Essa alternativa tem tido êxito devido à implantação agressiva de um sistema robusto de gestão de desempenho, ao rigor das metas e aumento do financiamento (WILLCOX *ET AL.*, 2007). Se forem observados apenas certos dados, tem-se o retrato de um processo de racionalização gerencial relevante em curso no processo vigente de reforma do sistema inglês, demandado por necessidades de equilíbrios fiscais. Entretanto, quando se muda de perspectiva, vê-se que tal processo está sendo implementado dentro da lógica do *Managed Care*, que é um dos protótipos mais bem desenvolvidos do modelo neoliberal na saúde

e vem invadindo o National Health Services (NHS), sistema de saúde inglês.

Uma crítica relevante à expansão do *Managed Care* para os sistemas de saúde latino-americanos já havia sido desenvolvida desde o início dos anos 2000 (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2001), mas a expansão de tal perspectiva para o sistema inglês, intensificada nos últimos anos, tem levado a pôr em questão o caráter efetivamente público desse que é uma das referências para os sistemas universais de saúde implementados desde o pós-guerra. Dessa forma, é preciso analisar tal experiência para se evitar que a ênfase em melhorias gerenciais, bem como processos relevantes de gestão por resultados, como os desencadeados pelo PMAQ-AB, resulte em relevantes retrocessos dentro de uma perspectiva micro-política do debate público-privado.

Também foi observado que grande parte das equipes não mantém registros dos usuários que apresentaram maior risco e que foram encaminhados para outros pontos de atenção. Constatou-se que a existência de documentos que comprovem tais registros é pouco frequente. Com respeito às fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção, predominou o relato das equipes referindo possuí-las (85,8%), havendo decréscimo deste percentual ao serem solicitados documentos que comprovariam a existência das mesmas. Esses documentos são importantes para continuidade da atenção, pois implicam no reconhecimento, por parte do serviço que está atendendo o usuário, das informações procedentes do serviço que o encaminhou, relacionadas ao atendimento presente.

Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas e priorização de casos para referenciar a outros pontos da rede de atenção são importantes para auxiliar na organização do processo de trabalho no cuidado aos usuários. No entanto, em nossa pesquisa, constatou-se que 75% das unidades responderam não possuir. É interessante notar que quando foi perguntado se existiam diretrizes terapêuticas

para alguns casos específicos, poucas unidades referiram tê-las para as linhas de cuidado relativas à saúde mental (18,7%) e a álcool e drogas (14,1%). Esses dados corroboram com a realidade da saúde mental nos últimos anos que, apesar das conquistas, apresenta pontos de fragilidade, como a referência e a contrarreferência, a ausência de capacitação e a ausência de orientação com maior foco na família (MARTINS; BRAGA; SOUZA, 2012; ONOCKO-CAMPOS *ET AL.*, 2012).

Por sua vez, por exemplo, em um estudo em Madri foi observada uma estratégia para aproximar profissionais e qualificar a atenção primária ao uso dos ‘especialistas consultores’, que se deslocam dos hospitais para interconsultas, sessões clínicas, capacitações e elaboração conjunta de protocolos, o que proporcionou a ampliação dos turnos de atendimentos nos hospitais e carga horária de especialistas com maior demanda (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

No Brasil, com o surgimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI), ficou evidenciada a delimitação por níveis de competência e complexidade da rede de serviços e levou à necessidade de estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência e à regulação desses, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada. A partir da publicação do Decreto Presidencial 7508/2011, com a regulamentação de diversos aspectos da lei orgânica da saúde, vem se tentando avançar na implementação do Pacto pela Saúde, tendo como estratégia a elaboração pactuada entre gestores das três esferas do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Como parte do COAP, se propõe a (re)construção de pactuações quanto às redes regionais de saúde, sendo necessário formalizar tais arranjos através da elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, que tem a PPI como uma das referências, além de outras programações vigentes. A estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos

reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação que, por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, dentre outras (BRASIL, 2006).

A regulação do acesso são estruturas operacionais que gerenciam a relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde existentes na rede, respeitando critérios de risco, os protocolos, e a logística do município, e têm como finalidade organizar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das redes (FURTADO, 2007). Os gestores devem ser conscientizados da necessidade das ações de regulação para o SUS, pois, segundo as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006), essas reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, consequentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde. Em nosso estudo, constatou-se que a maioria das equipes da Paraíba refere ter central de regulação disponível, principalmente para marcação de consulta especializada e exames. No entanto, apenas poucos profissionais relataram que os usuários saem com a consulta agendada quando encaminhados para uma consulta especializada, o que pode ser devido às equipes ainda estarem centralizadas e, possivelmente, com difícil acesso pelos usuários, ou melhor, as equipes estão disponíveis no município, mas não estão localizadas nas UBS.

A despeito disso, Ferreira *et al.* (2010) observaram que o tempo para marcação de consultas especializadas no sistema público de saúde de Ribeirão Preto – SP, antes de possuir Central de Regulação (CR), variava entre as unidades de saúde e entre as especialidades, mostrando desorganização na oferta e utilização dos recursos assistenciais, tanto nos serviços próprios quanto nos conveniados. No entanto, com a Central de Regulação produziu decréscimo na demanda reprimida

e uma redução sensível do tempo de espera. É pertinente ressaltar que o CR favorece a interligação dos pontos da rede pela reorganização do fluxo e promove uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O desenvolvimento de acordos interferentes entre as três esferas governamentais, voltados à estruturação de redes regionais de atenção à saúde e à promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, na perspectiva de organizá-lo loco-regionalmente (FURTADO, 2007), busca fortalecer a capacidade de resposta das necessidades dos usuários e assegurar a equidade social. Com vistas a esse aspecto, este ainda é pouco aplicado na Paraíba, dado que equipes que mencionam possuir documentos contendo as referências e fluxos pactuados relativos ao território da equipe pela gestão municipal para os atendimentos de usuários são apenas 41,1%, e, quando foi requerida comprovação desses documentos, houve um decréscimo para 26,9%.

Alguns fluxos essenciais para Atenção Básica foram questionados quanto à presença de diretrizes como: casos de suspeita de câncer de mama ou de colo do útero, parto, exame sorológico na gestante para sífilis ou anti-HIV, exame de glicose, urocultura ou sumário de urina, exame de ultrassonografia para gestante e urgência. Entretanto, grande parte dos profissionais (57,1%) respondeu negativamente. A definição das diretrizes dos fluxos e contrafluxos de atendimento e o mapeamento da rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais da saúde, são importantes, pois estabelecem a base para o sistema de referência para população.

Este aspecto também é comentado por Serra e Rodrigues (2010), que realizaram uma pesquisa na Zona Norte do município do Rio de Janeiro e em Duque de Caxias/RJ, onde se constatou que havia uma carência ou utilização deficiente de protocolos clínicos e

que os encaminhamentos para os serviços de referência eram pouco apoiados nas diretrizes e nos protocolos clínicos existentes, ou ainda, não eram sempre considerados pelos médicos. Por isso, esses autores enfatizaram a necessidade de uma educação permanente e um envolvimento desses profissionais para adaptação das diretrizes e dos protocolos à realidade local.

É mister registrar que a troca de informações entre os profissionais da EqSF e especialistas é fundamental. No entanto, esta pesquisa mostra que na Paraíba a maior parte das equipes relatou nunca haver troca de informações entre os profissionais de saúde e especialistas sobre os pacientes encaminhados e, quando se contatavam, na maioria das vezes os profissionais de saúde da UBS procuravam mais os especialistas que o oposto. Essa dificuldade em contatar pode se dar devido a somente 25% das equipes possuírem uma lista com os contatos, seja um telefone ou um e-mail, dos especialistas da rede SUS na Unidade Básica de Saúde.

Esses dados corroboram com a pesquisa de Serra e Rodrigues (2010), que encontraram sistemas de informação e comunicação precários em UBS do Rio de Janeiro e Duque de Caxias. Muitas equipes não possuíam telefones ou computadores em rede e a comunicação era feita através de formulários em papel, além de nunca ou quase nunca haver a contrarreferência, o que fez esses autores concluírem que o sistema de referência e contrarreferência era comprometido, assim como a necessária integralidade e continuidade dos cuidados.

É função da APS exercer o papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes, ou seja, coordenar o cuidado (FURTADO, 2007). No entanto, 37% das equipes relatam a existência de um fluxo de comunicação institucionalizado na Paraíba e, destas, a grande maioria é feito por ficha de referência/contrarreferência com

história detalhada e sugestões de conduta. Apenas 32,2% relataram possuir disponível para esse contato o telefone e 2,1% internet.

De certa forma, a análise de alguns dados (equipes que não acompanham especificamente a evolução dos de maior risco encaminhados, os profissionais da AB não contatam os especialistas e vice-versa, inexistência de fluxo de comunicação institucionalizado, dentre outros) sugere que o encaminhamento dos usuários para serviços especializados não tem permitido às equipes da AB desempenharem o papel de efetivas coordenadoras do cuidado. Ao fazer encaminhamentos sem conseguir desenvolver um adequado acompanhamento dos desdobramentos ocasionados a partir desse momento, as equipes deixam de compartilhar com os usuários e profissionais dos serviços secundários ou terciários as decisões a serem tomadas. Assim, reduzem sua capacidade de intervenção de modo a participar de um cuidado integral produzido em redes.

É importante perceber que, apesar de ser um sistema baseado em princípios de territorialização e da coordenação das ações e existir há várias décadas, existe ainda uma fragilidade na integração entre APS e cuidados especializados no âmbito do SUS, pois, na maioria das vezes, funcionam como estruturas de gestão separadas (CONILL; FREIRE; GIOVANELLA, 2011). Porém, existe uma visão que sistemas fragmentados de saúde manifestam-se, entre outros aspectos, como sistemas que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outros, tornando-se incapazes de prestar uma atenção contínua à população em que a Atenção Primária à Saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde (OPAS, 2011).

É importante registrar que no conceito de Redes de Atenção à Saúde, o território é uma dimensão fundamental e a análise de um estado específico, como a Paraíba, é importante, pois a magnitude dos problemas de saúde

modifica significativamente de acordo com o local ou região, interferindo nas definições da composição de cada nível da atenção à saúde, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos.

Por sua abrangência nacional, o PMAQ-AB fornece dados generalizados e, consequentemente, tem alto nível de precisão. Por outro lado, podemos encontrar algumas limitações quando utilizamos dados secundários, como a restrição da análise dos dados organizados e elaborados por outros que não os pesquisadores usuários dessas informações. Dessa forma, os resultados apresentados neste trabalho podem contribuir em uma avaliação mais impactante nas políticas públicas que buscam dirimir as desigualdades em saúde.

Conclusão

Neste trabalho, na perspectiva dos profissionais da Atenção Básica, constatou-se que o sistema de referência e contrarreferência no estado da Paraíba encontra-se com uma clara fragilidade na articulação entre: as instâncias gestoras do sistema e entre essas e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Essa situação pode ser explicada pelo desconhecimento dos profissionais sobre o fluxo do serviço, por uma falta de planejamento e definição desse fluxo, ou por uma fragmentação do sistema de referência e contrarreferência no estado da Paraíba. Isso é relevante e preocupante já que existe hoje uma percepção generalizada de que sistemas fragmentados de saúde fracassaram internacionalmente, além de se mostrarem descredibilizados tanto entre usuários como gestores (OPAS, 2011).

Para um melhor conhecimento dos profissionais sobre o fluxo, pode-se ter como alternativa a realização de ações efetivas

de educação permanente com atores envolvidos nesse fluxo (trabalhadores das distintas redes de atenção e gestores), além da formulação de estratégias de aproximação entre os profissionais que atuam na Atenção Básica, com aqueles que atuam nos demais níveis da rede de serviços de saúde. Outra alternativa seria a criação conjunta entre profissionais da AB, especialistas e gestores de um protocolo de acesso às especialidades com maior procura no município, que reformulasse o fluxo e o sistema de agendamento, e também incluísse a informatização das UBS.

Diante de tudo que foi descrito, pode-se concluir que a construção de um sistema integrado é um desafio de alta complexidade

para o SUS, que se dá a partir da Atenção Básica e deve ser organizado de forma que seja articulado no âmbito regional respeitando a autonomia de gestão de cada município. Para isso, deve haver melhor organização e reestruturação dos serviços, reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas equipes e, nesse contexto, melhorar o princípio da integralidade da Atenção Básica. Desenvolver ações pautadas em pesquisas de avaliação dos serviços, principalmente de forma ampla como o PMAQ-AB, faz-se importante, pois, além de dar suporte para uma análise crítico-reflexiva promove, de uma forma segura, ações para aumentar a capacidade e o desempenho da EqSF como porta de entrada do SUS. ■

Referências

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB):*

documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569–584, 2003.

CASTRO, I. D. *Avaliação Externa do PMAQ na Paraíba: um relato de experiência*. Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/comunidades/iv-mostra-eixo-tematico-1/avaliacao-externa-do-pmaq-na-paraiba-um-relato-de-experiencia>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

CONILL, E. M.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Challenges to Latin American health systems: some issues that can be focused by comparative analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2670–2670, jun. 2011.

- CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.
- CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema Health services accessibility in a city of Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725–737, 2010.
- FERREIRA, J. B. B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345–358, 2010.
- FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 065–072, 2008.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239–55, 2007.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37–61, 2002.
- IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 52, n. 8, p. 1243–1253, 2001.
- MACHADO, M. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335–342, 2007.
- MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780–788, 2013.
- MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em saúde mental na estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 10, n. 4, 2012.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43–50, fev. 2012.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*: contribuições para o debate. Brasília, DF, OPAS, 2011.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 31 ago. 2012.
- SANTIAGO, R. F. et al. Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 35–44, jan. 2013.
- SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579–3586, 2010.
- SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S. Atenção primária à saúde: Diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 517–539, 2011.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599–613, set. 2005.
- WILLCOX, S. et al. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Affairs*, Bethesda, v. 26, n. 4, p. 1078–1087, 7 jan. 2007.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários

Analysis of the organization of Primary Care in the state of Espírito Santo: (un)veiling scenarios

Ana Claudia Pinheiro Garcia¹, Maria Angélica Carvalho Andrade², Eliana Zandonade³, Thiago Nascimento do Prado⁴, Paula de Souza Silva Freitas⁵, João Paulo Cola⁶, Heletícia Scabelo Galavote⁷, Priscilla Caran Contarato⁸, Rita de Cássia Duarte Lima⁹

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
anacpgarcia@hotmail.com

² Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora adjunta do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
geliandrade@hotmail.com

³ Doutora em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora adjunta do Departamento de Estatística e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
elianazandonade@uol.com.br

⁴ Doutorando em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. Professor assistente do departamento de Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
tiagufes@yahoo.com.br
⁵ Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
paulinhassf_enf@yahoo.com.br

RESUMO O objetivo foi revelar aspectos da organização da Atenção Básica à Saúde nos 78 municípios do estado do Espírito Santo – Brasil, no contexto avaliativo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no período de junho a setembro de 2012. Foram analisados três eixos: 1. trabalho em saúde: evidenciou desregulização das relações de trabalho; 2. processo de trabalho, planejamento e acolhimento: dispositivos operados satisfatoriamente; 3. estrutura, ambiência e acessibilidade: revelou dificuldades de utilização dos serviços pelos usuários devido à inadequação do ambiente. Constatamos avanços e desafios na ampliação do acesso e melhoria da qualidade neste contexto.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Qualidade da assistência à saúde; Política de saúde.

ABSTRACT The aim was to reveal aspects of the organization of primary health care in the 78 counties in the state of Espírito Santo – Brazil, in the evaluative context of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in the period of June to September 2012. Three axes were analyzed: 1. working in health: has shown desregulation of labor relations; 2. work procedure, planning and reception: devices operated satisfactorily; 3. structure, ambience and accessibility: revealed difficulties in utilization of services by users due to the unsuitability of the environment. We notice progress and challenges in the expanding of access and improvement of quality in this context.

KEYWORDS Primary Health Care; Health services evaluation; Quality of health care; Health policy.

Introdução

Para operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), visando diminuir as iniquidades com relação à prestação de serviços de saúde, de modo a considerar a prioridade do primeiro contato, a longitudinalidade, o cuidado integral, a coordenação das variadas ações e serviços indispensáveis na resolução das necessidades dos usuários, além da orientação comunitária, com enfoque na família, tendo competência cultural para estabelecer o diálogo e reconhecer as distintas necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a expansão da cobertura de serviços básicos de saúde para a população vem aumentando progressivamente, impulsionada pela forte indução político-financeira federal aos municípios que aderem ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, a ESF surge como uma solução abrangente e prioritária no que se refere à expansão, consolidação e qualificação da AB, essencial para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país e para o funcionamento adequado da rede de atenção à saúde do SUS.

Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados e impactos produzidos nas práticas de cuidado. Sendo assim, a utilização da avaliação vem se constituindo em importante estratégia do Estado na formulação e implementação de políticas de saúde e na qualificação das ações de cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade, contribuindo para a consolidação do SUS.

No âmbito da ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e programas de saúde, nos últimos anos destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que busca assegurar que este nível de atenção se configure como a porta de acesso

preferencial para o sistema de saúde e que sua organização tenha potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011B).

Diante desse contexto e tomando como base os resultados da terceira fase do PMAQ-AB, denominada Avaliação Externa, o objetivo deste estudo foi desvelar aspectos inerentes à organização da Atenção Básica nos 78 municípios do estado do Espírito Santo, Brasil.

Procedimentos metodológicos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem descritiva, desenvolvido a partir dos dados secundários obtidos da base nacional do componente da Avaliação Externa do PMAQ-AB nas unidades de saúde do estado do Espírito Santo, no ano de 2012.

Cenário do estudo

De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o estado do Espírito Santo (ES) localiza-se na região Sudeste do Brasil e apresenta uma população de 3.514.952 habitantes com distribuição desigual entre os 78 municípios. Dessa população geral, 83,40% equivale à população urbana e 16,60% compreende a rural (IBGE, 2010).

Dos 78 municípios do estado, somente 11,54% apresentam uma população maior que 100 mil habitantes, 2,56% entre 50 e 100 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no estado é de 0,80, ocupando a sétima

⁶ Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
joaopaulocola@gmail.com
7 Doutoranda em Saúde Coletiva Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
Professora assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.
heleticagalavote@yahoo.com.br

⁸ Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
priscillacaran@terra.com.br
9 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
Professora associada do departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
ritacd1@uol.com.br

posição no ranking nacional. Entretanto, exhibe desigualdades regionais relevantes, incompatíveis com o atual padrão de desenvolvimento econômico do estado (ESPÍRITO SANTO, 2013).

O estado do Espírito Santo possui 785 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em atividade e 152 em construção. O modelo tecno-assistencial que orienta esse nível de atenção é a Estratégia Saúde da Família, que em 2011 estava implantada em 75 municípios, totalizando 567 equipes com uma abrangência populacional de 51,64%. Nesse mesmo ano, apresentava quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 396 equipes de saúde bucal em 71 municípios e 10 Centros de Especialidades Odontológicas, localizados em nove municípios.

O estado, segundo seu Plano Diretor de Regionalização (PDR), reformulado em 2011, está dividido em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul, seguindo um padrão horizontal, diferente da verticalização presente no PDR anterior (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Coleta de dados

O período de coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2012. Para a obtenção das informações e avaliação da qualidade da Atenção Básica no estado, no que tange aos aspectos estruturais e às informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço, foram utilizados dois instrumentos de análise, a saber:

- **Instrumento I** - Referente ao primeiro módulo de avaliação do PMAQ-AB. Tinha como objetivo avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e os medicamentos de todas as Unidades Básicas de Saúde. Nesse estudo, foram privilegiados aspectos referentes à infraestrutura física e ao quantitativo de profissionais. O preenchimento desse instrumento foi realizado a partir da observação dos entrevistadores do PMAQ-AB.

- **Instrumento II** - Trata-se do segundo módulo do PMAQ-AB, com o intuito de obter informações sobre o processo de trabalho da equipe que aderiu ao PMAQ-AB e sobre a organização do serviço e da assistência aos usuários. Para tanto, foi realizada entrevista com um profissional de cada equipe da Atenção Básica e também a verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.

A coleta de dados contou com quatro equipes, composta cada uma por um supervisor de campo e quatro entrevistadores com diferentes graduações: enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia, odontologia e ciências sociais. Ressalta-se que todos foram previamente treinados e capacitados para realizar a coleta dos dados.

Em todos os municípios visitados houve o agendamento prévio das visitas. O tempo médio para aplicação dos instrumentos I e II foi de 30 a 180 minutos, respectivamente, tendo participado da Avaliação Externa do PMAQ-AB 321 equipes de saúde da família (56,6% do total de equipes implantadas no Espírito Santo (ES), em 2011).

Análise dos dados

O estudo compreende três eixos de análise: o primeiro tem como referência dados que permitiram caracterizar os trabalhadores da saúde na composição das equipes e alguns aspectos relacionados aos vínculos empregatícios dos entrevistados por meio do instrumento II. No segundo eixo, os dados abordados referem-se ao processo de trabalho, planejamento da equipe, territorialização e acolhimento. O terceiro eixo refere-se à estrutura, ambiência e acessibilidade. Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva com as variáveis descritas por meio das frequências absoluta e relativa.

As informações obtidas nos instrumentos de pesquisa deram origem a um banco de dados que foi armazenado no *software*

Microsoft Excel e, posteriormente, transferido para o programa estatístico SPSS 20.0 para a realização dos cálculos.

Aspectos éticos

Todos os procedimentos éticos foram observados e o estudo obteve aprovação do comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o parecer 32012, em 06/06/2012.

Resultados e discussão

No estado do Espírito Santo, das 816 entrevistas previstas no Módulo I, foram realizadas 773 (95,9%). Nesse módulo, as entrevistas não realizadas deveram-se ao fato de haver unidades desativadas, fechadas ou mesmo impossibilitadas de serem visitadas, dadas as condições climáticas desfavoráveis, no período da coleta dos dados. No Módulo II, alcançou-se 98,4%. Nesse caso, a não realização das entrevistas decorreu da ausência de profissionais aptos para responder o questionário.

Em relação aos tipos de unidades de saúde, conforme observado na *tabela 1*, 75,2% são Centros de saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS), 12,8% são postos avançados, 7,1% são postos de saúde e 4,9% trata-se de outros tipos de unidades. São consideradas Centro de Saúde/UBS as unidades que apresentam atendimento, programado ou não, de Atenção Básica prestada de forma permanente por profissional médico ou especialistas

da área. Já no posto de saúde, a assistência prestada pode ser realizada por profissional de nível médio, com a presença do médico, de forma intermitente ou não. O posto avançado foi considerado, para a Avaliação Externa do PMAQ-AB, como o estabelecimento que apresenta uma estrutura mínima de funcionamento para prestar assistência à população, de forma ocasional ou regular, devendo estar vinculado a uma unidade maior (UBS ou posto de saúde). Ressalta-se que a maioria dos postos avançados está situada na zona rural (BRASIL, 2011B). Observa-se, assim, que os dados apontam para a sedimentação da implementação do modelo assistencial vinculado às Unidades Básicas de Saúde.

Trabalhadores da saúde

Uma das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica é o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe. Esse nível de assistência tem um modelo tecnoassistencial orientado pela Estratégia Saúde da Família, cuja equipe mínima deve ser composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e equipe de saúde bucal (BRASIL; UFRGS, 2012). No que se refere ao percentual de profissionais existentes nas equipes mínimas dos municípios capixabas, observa-se na *tabela 2* que 29,9% das unidades não apresentavam médico, 19,0% não possuíam enfermeiro e 40,9% não contavam com cirurgião dentista.

Tabela 1. Distribuição da frequência dos tipos de unidades de saúde na amostra

Tipo de unidades de saúde	N	%
Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde	581	75,2
Posto avançado	99	12,8
Posto de saúde	55	7,1
Outro(s)	38	4,9

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

N Total: 773 Unidades

Nota-se ainda que 34,0% não possuíam técnicos de enfermagem e 58,1% não dispunham de auxiliares de enfermagem. Esse percentual aumenta para 89,9% quando o profissional é técnico de saúde bucal e para 48,8% para os auxiliares de saúde bucal.

Quanto ao percentual de agentes comunitários de saúde, 12,2% das unidades não incorporavam esse profissional. Ainda que não apresentados na *tabela 2*, observou-se também que 34,8% possuíam de um a cinco agentes, 42,8% contavam com seis a 10 agentes e 10,2% possuíam mais de 10 agentes.

Observa-se, assim, uma carência de profissionais no ES que, além de sobrecarregar o trabalho daqueles que atuam nas equipes, pode comprometer o trabalho desenvolvido na AB, com impacto de aumento da demanda nos hospitais e serviços de diagnósticos, assim como as redes municipais de urgência e emergência, devido à baixa resolutividade da AB.

Em relação à incorporação de outros profissionais à equipe mínima da ESF, conforme *tabela 2*, 76,7% não havia médico especialista, 91,8% não dispunham de psicólogo, 91,8% não tinham fisioterapeuta, 90,8% não possuíam nutricionista e 90,6% não contavam com assistente social.

Nota-se, no panorama apresentado, que além de dificuldades na organização da equipe mínima da ESF, ainda há um desafio maior na composição dos NASF, que objetivam apoiar o trabalho na Atenção Básica, conforme prevê a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011A).

Cabe ressaltar que a multiprofissionalidade representa um avanço na conformação das equipes da ESF. Contudo, a incorporação das várias profissões só se constitui efetivamente em avanço e mudança de paradigma se os profissionais dialogarem entre si em busca dos projetos terapêuticos que melhor

Tabela 2. Distribuição do número de profissionais existentes nas unidades de saúde avaliadas nos 78 municípios do estado do Espírito Santo

Categoria profissional	Nenhum		Um		Mais que um	
	N	%	N	%	N	%
Médico	231	29,9	443	57,3	99	12,8
Enfermeiro	147	19	551	71	75	9,7
Cirurgião Dentista	316	40,9	377	48,8	80	10,3
Técnico de Enfermagem	263	34	331	42,8	179	23,2
Auxiliar de Enfermagem	449	58,1	207	26,8	117	15,1
Técnico de Saúde Bucal	695	89,9	64	8,3	14	1,8
Auxiliar de Saúde Bucal	377	48,8	341	44,1	55	7,1
Agente Comunitário de Saúde	94	12,2	60	7,8	619	80
Médico Especialista	593	76,7	69	8,9	111	14,4
Psicólogo	710	91,8	58	7,5	05	0,7
Fisioterapeuta	710	91,8	56	7,2	07	0,1
Nutricionista	702	90,8	68	8,8	03	0,4
Assistente Social	700	90,6	63	8,2	10	1,2

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

N Total: 773 Unidades.

atendam às necessidades do usuário. Caso contrário, o caráter multiprofissional servirá para manter ou acentuar a fragmentação do cuidado. Para proporcionar a integralidade na atenção à saúde, é necessário romper com o isolamento dos núcleos de competência profissional, pois, sozinhos, não conseguem responder às necessidades de saúde da população (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

O estudo aponta, ainda, que 88% dos profissionais indicados pela equipe para responder ao Módulo II da Avaliação Externa do PMAQ-AB eram enfermeiros, dos quais 84% eram também os seus respectivos coordenadores. Do total de entrevistados, conforme tabela 3, 26,8% atuavam havia menos de um ano na unidade de saúde, 61% de um a cinco anos e os demais (15,6%) estavam na unidade havia mais de cinco anos. Cabe salientar que um dos critérios para a indicação do profissional era atuar na equipe por pelo menos seis meses.

Considerando-se o tempo de atuação de no mínimo um ano como um índice de

fixação, pode-se afirmar que, de modo geral, nos municípios capixabas tem-se conseguido fixar os enfermeiros na Atenção Básica. Vale ressaltar que um estudo de caso realizado no interior do Rio Grande do Sul aponta para uma baixa rotatividade dos profissionais em ESF (ZANETTI ET AL., 2010).

Ainda assim, destaca-se que a não permanência de parte desses profissionais compromete o vínculo com a comunidade, a continuidade das ações desenvolvidas nas Unidades e a qualidade da assistência. Além disso, mudanças constantes de trabalhadores na equipe acarretam sobrecarga do trabalho para os que permanecem e exige o treinamento de novos profissionais, aumentando custos, riscos de acidentes e descontinuidade no cuidado.

No que tange ao vínculo empregatício, de acordo com a tabela 3, 48,0% dos entrevistados era público estatutário, 13,7% possuíam contratos temporários com a administração pública, regidos por legislação especial (municipal/estadual/federal), enquanto 22,4%

Tabela 3. Distribuição do tempo de atuação na equipe e o tipo de vínculo dos respondentes do Módulo II da Avaliação Externa do PMAQ-AB

Variáveis	N	%
Tempo de atuação nesta equipe de Atenção Básica		
< 01 ano	86	26,8
1 a 5 anos	185	57,6
> 5 anos	50	15,6
Tipo de vínculo		
Servidor público estatutário	154	48
Cargo comissionado	10	3,1
Contrato temporário por legislação especial	44	13,7
Contrato temporário por prestação de serviço	24	7,5
Empregado público CLT	11	3,4
Contrato CLT	72	22,4
Outro(s)	02	0,6
Não Sabe/Não Respondeu	04	1,2

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

N Total: 321 Profissionais

eram contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Cabe ressaltar que, embora não conste na *tabela 3*, o estudo constatou que a forma de ingresso de 49,2% dos entrevistados foi via concurso público e somente 25% dos trabalhadores estavam vinculados a um plano de cargos, carreiras e salários.

Os dados sinalizam um considerável esforço da gestão municipal para desprecarizar as relações de trabalho, embora ainda chame atenção a existência de vínculos temporários e relações desprotegidas de trabalho em alguns municípios. Segundo Flegele *et al.* (2010), a desregulamentação das relações de trabalho, assim como a irregularidade dos vínculos, tem sido responsável por importantes alterações no modo como vem se estruturando a força de trabalho no SUS, principalmente na ESF, prejudicando a relação dos trabalhadores com o sistema e seus usuários, comprometendo a qualidade e a continuidade das ações e serviços ofertados à população.

Giovanella *et al.* (2010) afirma, em um estudo realizado em quatro grandes centros urbanos, que há uma preocupação dos gestores em substituir os quadros terceirizados em todas as categorias profissionais, a partir da realização de concursos públicos. Tal estratégia, segundo a autora, vem contribuindo para a existência de vínculos trabalhistas mais estáveis, impactando positivamente na fixação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família e contemplando a perspectiva de melhoria de desempenho das ações de saúde.

Processos de trabalho, planejamento, territorialização e acolhimento

Em relação ao planejamento das equipes, descrito na *tabela 4*, observou-se que em 96,9% havia realização de reuniões da equipe; 91,3% realizavam atividade de autoavaliação, sendo que 83,8% das equipes faziam

monitoramento e análise dos indicadores e de informações de saúde. Das equipes pesquisadas, 76,9% estabeleciam plano de ação. Outro dado importante foi a constatação de que 87,9% afirmaram ter realizado nos últimos 12 meses alguma atividade de planejamento de suas ações.

Esses achados indicam que o planejamento tem sido utilizado como importante ferramenta de gestão pelas equipes, tendo impacto de diversas ordens, inclusive para a definição dos territórios vivos que sustentam a organização dos diversos e complexos processos de trabalho que conformam o trabalho das equipes na AB.

Cabe destacar que o planejamento é sempre uma ação futura, ferramenta de poder, retratando propósitos e interesses em disputa. É visto por Testa (1992) a partir de duas vertentes que não se excluem, ou seja, serve como ferramenta decisória, podendo ser também utilizado como instrumento ideológico de dominação, em que o trabalhador é capturado, aprisionado pelos atos normativos, prescritivos, em que muitas vezes é impossibilitado de intervir, manifestar desejos, opinar e ser parte das ações e metas planejadas. Ao mesmo tempo pode servir também como balizador da subjetividade, da criatividade, da participação, da autonomia e emancipação, estando aberto a mudanças propositivas e libertadoras.

Ao apresentar o postulado de coerência como uma das possibilidades de estratégia ao planejamento, Testa (1992) incorpora a categoria “poder cotidiano, que implica o poder societário, que por sua vez expressa o que fazer e o como fazer cotidiano” (p. 118) e nessa perspectiva indica que tipos de poder podem ser acessados e produzidos na micropolítica do trabalho. Nesse sentido, existe, segundo Matus (1996), o reconhecimento de que todo ator em situação planeja e disputa projetos e recursos de poder.

Por conseguinte, Testa (1992), no que se refere à saúde, afirma que nesse setor se lida simultaneamente com o que denominou como: “poder técnico, poder administrativo

Tabela 4. Distribuição da frequência das variáveis de planejamento da equipe, territorialização e acolhimento

Variáveis	Sim		Não		Não Respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Planejamento da Equipe						
A equipe de Atenção Básica realiza reunião de equipe	311	96,9	10	3,1	00	0,0
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses	293	91,3	27	8,4	01	0,3
A equipe de Atenção Básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	269	83,8	50	15,6	02	0,6
Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano	210	65,4	68	21,2	43	13,3
Foi estabelecido um plano de ação	247	76,9	33	10,3	41	12,7
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações	282	87,9	39	12,1	00	0,0
Territorialização						
Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores e outros)	49	15,3	226	70,4	46	14,3
Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)	53	16,5	222	69,2	46	14,3
Sinalização de grupos de agravos (<i>diabetes mellitus</i> , hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros)	130	40,5	145	45,2	46	14,3
Sinalização das microáreas do território	247	76,9	28	8,7	46	14,3
A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe	127	39,6	155	48,3	39	12,1
Acolhimento						
A equipe realiza acolhimento	260	81	61	19	00	0,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

N Total: 321 Unidades.

e poder político” (p. 118), sendo que cada um deles pode se interconectar, afastar-se e aproximar-se, estando relacionado à “capacidade de um indivíduo, grupo social e instituição” (p. 118) de estabelecer essas relações.

Na *tabela 4*, no que concerne à territorialização, destaca-se que em 15,3% das UBS existia sinalização de redes sociais e em apenas 16,5% havia sinalização das áreas de risco. Quanto à existência de sinalização de grupos de agravos com destaque para a diabetes, hipertensão e saúde mental, dentre outros,

havia referência desse fator em 40,5% das UBS. Em 76,9% existia sinalização das microáreas do território. Os dados apontam ainda que 39,6% consideravam que a gestão leva em conta em suas ações os critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de responsabilidade da equipe. Esses dados, de certa forma, podem despotencializar e fragilizar muitas das ações apontadas na *tabela 4*, uma vez que a abrangência da sinalização dos territórios constitui uma das evidências diretamente associadas à qualidade da AB,

podendo impactar o planejamento e a gestão.

Maciel *et al.* (2012) nos adverte que a Estratégia Saúde da Família, modelo que precisa ter a capilaridade de reorientar o modelo assistencial na Atenção Básica, traz para o centro do debate o problema da territorialização em saúde na busca de uma organização do sistema que seja capaz de dar conta, de forma coerente e eficaz, dos preceitos constitucionais garantidores de universalidade, integridade e equidade na atenção à saúde.

No caso da saúde, a territorialização continua a ser um dos grandes desafios dos formuladores e executores da política no sentido de garantir o direito à saúde a todos. O território em saúde não é apenas a área de abrangência dos serviços de saúde, mas os espaços de poder que se estabelecem e definem a sua configuração. Na prática, isso constitui um dificultador, já que toda a organização do serviço precisa submeter-se aos princípios de doutrina e de organização do SUS.

A construção da identidade de um território está associada ao modo como foi produzida sua história e, mais importante, representa uma instância de poder. Assim sendo, será nele que vão se expressar e exercer os poderes de atuação tanto do Estado, por meio de políticas sociais, quanto das necessidades, demandas e interesses de diferentes agências e dos cidadãos que de diversos modos o habitam.

Nesse sentido, o espaço-território no setor saúde tem sido o *locus* privilegiado em que se constroem a interação população-serviço, particularmente no nível local, ou seja, no município, espaço onde as disputas, interesses e desejos estão em constante tensão na definição de quem, para que e para quem se definem territórios e modelos assistenciais na saúde.

Identificou-se ainda, em 97% das unidades, a existência de organização do processo de trabalho e de serviço. Em 95% havia construção de agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal e em 86% da amostra eram utilizadas informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). O SIAB

surge como uma importante ferramenta de orientação do planejamento e avaliação das ações na APS, com a indicação de prioridades na atenção à saúde e delineamento de novos rumos no processo de organização do trabalho em saúde. A construção da agenda programática segue uma determinação do Ministério da Saúde e busca organizar a assistência em áreas consideradas prioritárias no atendimento à população, como, por exemplo, a saúde da criança e do idoso. Pode, ainda, configurar uma garantia do atendimento desses grupos de especial interesse e ao mesmo tempo representar um entrave na atenção às demandas espontâneas, reconhecidas no escopo do acolhimento, já que na agenda tradicional das equipes não há flexibilidade para o atendimento das demandas não definidas ou, então, pré-estabelecidas pela gestão dos serviços.

Observa-se, de forma geral, que o trabalho das equipes requer certo grau de liberdade, gerando uma reflexão sobre a pertinência da organização do trabalho de forma vertical e cristalizada em instrumentos pouco reflexivos, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários e o saber-fazer dos trabalhadores que operam o cuidado.

Nesse sentido, Peduzzi (1998) aponta que “o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo imprescindível ao conjunto da sociedade” (p. 83). Como trabalho reflexivo, ele é dotado de incertezas, não podendo, portanto, ser totalmente definido a priori e nem se submeter a critérios inflexíveis de produção (PEDUZZI, 1998, p. 83). A autora defende ainda, que

é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade das formações que conformam o trabalho dos profissionais da saúde.

No que tange ao acolhimento, embora a universalização da atenção à saúde esteja constitucionalmente assegurada e a expansão da ESF tenha em muito contribuído para esta finalidade, as barreiras organizacionais ao acesso aos serviços da rede básica ainda são um problema central para a consolidação do SUS no país. Nesse sentido, destaca-se o acolhimento como dispositivo ético-político para ampliar o acesso aos serviços de saúde; como estruturante do processo de trabalho centrado nas demandas e necessidades de saúde; como potencial instituinte de novas formas de produzir o cuidado; como espaço de integração da voz do usuário na construção de projetos terapêuticos e como integração dos profissionais e seus saberes na busca de cuidar da população que assistem, numa perspectiva do trabalho multiprofissional e interdisciplinar que valoriza a sensibilidade e o equilíbrio. Nesse sentido, como forma de compreender o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e diante da complexidade do enfrentamento, no mundo real, das necessidades em saúde serem reconhecidas e cuidadas, Ceccim (2006) defende a “entre-disciplinaridade” (p. 260), na qual a prática terapêutica emerge da conversação e da transformação permanente de si, dos entornos e do trabalho.

Segundo Tesser, Poli Neto e Campos (2010), o acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica a avaliação de riscos e vulnerabilidades. Nessa perspectiva, os autores afirmam que o acolhimento envolve um sentido ético individual e coletivo, assumido como fundamental para orientar a postura do profissional e questões de organização e prática do trabalho. Assim, no âmbito da efetivação das diretrizes operacionais da ESF, o acolhimento revela o modelo assistencial da instituição, pois corresponde ao primeiro enfrentamento entre as demandas e necessidades de saúde trazidas pelos usuários e às possibilidades ofertadas pelo serviço de saúde.

Dessa forma, de acordo com os resultados desta pesquisa, esse dispositivo vem sendo operacionalizado satisfatoriamente. É assim que, segundo os respondentes, conforme *tabela 4*, o acolhimento está implantado em 81% das unidades de saúde. Embora seja um percentual elevado, a realidade do dia-a-dia observada na AB nos alerta para a necessidade de se (re)pensar os sentidos atribuídos e os vários formatos de acolhimento que têm sido experienciados pelos usuários e profissionais de saúde, pois, muitas vezes, a noção de acolhimento tem sido limitada a uma atitude profissional de bondade e favor; ou ainda se traduz em recepção administrativa, ambiente confortável e ação de triagem.

Segundo Teixeira (2003), existe um esvaziamento ou empobrecimento do sentido mais amplo do que seja acolhimento por parte dos profissionais, que focalizam apenas um dos aspectos do acolhimento, isto é, enquanto dispositivo técnico assistencial de organização do processo de trabalho. De uma forma geral, os profissionais tendem a conceber o acolhimento, enquanto dispositivo organizacional tradicional dos serviços de saúde, sem considerar o usuário como um ator a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Nessa perspectiva, o acolhimento é compreendido como uma primeira etapa de organização do processo de trabalho na AB, no que diz respeito ao acesso ou recepção dos usuários, relacionado muitas vezes à classificação de risco, entendida por sua vez como triagem, e trazendo a ideia de uma seleção, escolha de quem vai ou não ser atendido de acordo com algum critério preestabelecido. Essa concepção de acolhimento restringe-se a uma categoria profissional responsável em impor barreiras ou limitações ao atendimento, em um determinado tempo e espaço físico, o que não atende às propostas do SUS para o acolhimento como um modo de operar os processos de trabalho em saúde. Além de distanciamentos técnicos e conceituais, bem como limitações estruturais, as práticas de acolhimento na

Atenção Básica revelaram sofrimento profissional (DAL PAI; LAUTERT, 2011) e contextos permeados por conflitos éticos, evidenciando situações de exclusão e negação do direito à saúde, distanciando-se dos princípios da universalidade no acesso, da integralidade na atenção e da garantia do direito à saúde.

Ao se refletir sobre o acolhimento na Atenção Básica à Saúde, afirma-se que o maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, uma reversão do sentido do acolhimento restrito a simples pronto atendimento e experimentar o acolhimento como estratégia de organização, de forma participativa e sustentável, que garanta o enfrentamento dos eventos inesperados e o atendimento à demanda espontânea, atendendo para a possibilidade de construção de relações mais dialógicas que possam facilitar a produção de vínculos e o exercício de corresponsabilização pelo cuidado.

Estrutura, ambiência e acessibilidade

O Ministério da Saúde adota o conceito de ambiência de forma ampla como um espaço social, profissional e de relações interpessoais que possibilitem atenção de forma resolutiva, humana e acolhedora. Para isso, apresenta três eixos norteadores: a confortabilidade, a produção de subjetividades e o processo de trabalho. O primeiro eixo valoriza elementos do ambiente, tais como: iluminação (intensidade, qualidade e incidência), cor, som (ruídos, música, gritos), cheiro, forma e privacidade. Salas limpas, arejadas, com boa iluminação e pintadas com cores alegres, assim como banheiros e locais acessíveis a portadores de necessidades especiais, podem proporcionar aos usuários e trabalhadores maior conforto e bem-estar. O segundo eixo trabalha com a ambiência como um processo para reflexão de práticas e saberes desenvolvidos no espaço para mudança de

ambientes por meio das ações, em que as UBS devem ser pensadas para promover encontros entre os trabalhadores e entre estes com a população usuária. Já o último eixo utiliza o espaço como uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho que visa otimizar recursos e promover um atendimento humanizado, resolutivo e acolhedor.

A *tabela 5* apresenta os percentuais das características estruturais, de ambiência e de acessibilidade da unidade de saúde.

Ao analisar os dados apresentados na *tabela 5*, observa-se que 89,7% das unidades possuíam recepção, 81,9% dispunham de banheiro para os funcionários, 70,1% possuíam janelas ou ventilação indireta, 61,6% eram claras e aproveitavam a luz natural, o que demonstra uma boa adequação dos ambientes nesses quesitos acima de 60%. Entretanto, 46,2% das unidades apresentavam mofo próximo às piaas, vasos sanitários e tanques, 14,5% apresentavam cheiro de esgoto e somente 8,4% das unidades apresentavam sanitário adaptado para pessoas com deficiência, indicando que existem muitos quesitos do eixo confortabilidade que precisam ser melhorados nas unidades. Esses dados apresentam ainda indicadores insatisfatórios referentes às questões do ambiente, visando à melhoria dos processos de trabalho. Identificou-se que salas com possibilidade de promover maior privacidade aos usuários, ou mesmo que possibilitem reuniões e atividades educativas, apresentam um percentual abaixo de 37%. Pode-se citar sala de acolhimento (13,8%), sala de reunião/atividades educativas (27,2%) e sala de procedimentos (36,2%).

Observou-se, ainda, que 52% das unidades possuíam geladeira exclusiva para vacina, 54% contavam com computadores e 31% com impressoras. Percebeu-se também que 31% das equipes tinham acesso à internet, contudo, somente 2,7% utilizavam o Telessaúde. Verifica-se, assim, um percentual baixo de utilização do Telessaúde, ainda que se trate de uma moderna tecnologia da informação e comunicação a distância capaz de promover

Tabela 5. Distribuição da frequência dos indicadores de estrutura, ambiência e acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos nas unidades de saúde da amostra

Variáveis	Sim		Não	
	N	%	N	%
Estrutura e Ambiência				
Os ambientes dispõem de janelas ou ventilação indireta (exaustores) possibilitando a circulação de ar	542	70,1	231	29,9
Os ambientes são claros, aproveitando a maior luminosidade natural possível	476	61,6	297	38,4
Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis.	339	43,9	434	56,1
Mofo próximo às pias, vasos sanitários, tanques e caixas acopladas	327	46,2	416	53,8
Torneiras sem sair água	72	9,3	701	90,7
Vasos sanitários com vazamentos	66	8,5	707	91,5
Fios expostos, soltos ou desencapados	285	36,9	488	63,1
Cheiro de esgoto	112	14,5	661	85,5
Banheiros para funcionários	633	81,9	140	18,1
Recepção	693	89,7	80	10,3
Sala de acolhimento	107	13,8	666	86,2
Farmácia	390	50,5	383	49,5
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	575	74,4	198	25,6
Sala de procedimento	280	36,2	493	63,8
Sala de nebulização	172	22,3	601	77,7
Sala de vacina	373	48,3	400	51,7
Sala de reunião e atividades educativas	210	27,2	563	72,8
Sanitário para usuário masculino	512	66,2	261	33,8
Sanitário para usuário feminino	440	56,9	333	43,1
Sanitário adaptado para pessoas com deficiência	65	8,4	708	91,6
Expurgo	153	19,8	620	80,2
Local para depósito de lixo comum	248	32,1	525	67,9
Acessibilidade				
Possui rampa de acesso	310	40,1	463	59,9
Possui corrimão	61	7,9	712	92,1
Possui porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas	200	25,9	573	74,1
Utilização dos símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva	08	0,1	765	99
Sinalização realizada através de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indiquem os ambientes da unidade de saúde e os serviços ofertados	37	4,8	736	95,2
A unidade de saúde possui totem externo adequado, com sinalização da unidade	53	6,9	720	93,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

N Total: 773 Unidades.

a interação entre profissionais de saúde, ou entre estes e os usuários nos diversos níveis de atenção, para ampliação e melhoria da qualidade dos serviços prestados na AB, além de possibilitar capacitação profissional, acesso aos recursos de radiodiagnósticos e teleconsultorias (BRASIL, 2012). No Espírito Santo, o Telessaúde foi implantado em fevereiro de 2012, em 44 municípios, com serviço de teleconsulta e webconferência, com o objetivo de tornar o atendimento nas Unidades Básicas mais resolutivo.

Os dados de indicadores de acessibilidade (tabela 5) mostram que 40,1% das unidades possuíam rampa de acesso, 25,9% tinham porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas e 7,9% apresentavam corrimão, 6,9% das unidades dispunham de totem externo adequado com sinalização da unidade, 4,8% tinham sinalização realizada por meio de textos, desenhos, cores ou figuras (visual) que indicam os ambientes e os serviços ofertados pela unidade de saúde. Observou-se ainda que em 0,1% das unidades eram utilizados os símbolos internacionais para pessoas com deficiência física, visual e auditiva com cores ou figuras que indicam os ambientes da unidade de saúde.

Esses dados apontam para as limitações e dificuldades enfrentadas pelos usuários no uso dos serviços em decorrência da precariedade e inadequação de estruturas, como: rampas, totens, sinalizações, entre outras, rompendo com os direitos fundamentais do acesso aos serviços de saúde, garantidos pela Constituição Federal.

Embora não apresentados em tabela/figura, os dados referentes ao horário de funcionamento da unidade de saúde demonstram que: em 90% havia atendimento em dois turnos, 8% em um turno e somente 2% em três turnos. Das unidades estudadas, 100% funcionavam pela manhã, 92% funcionavam à tarde, e somente 3% funcionavam à noite. Verificou-se, ainda, que 93% funcionavam até cinco dias por semana e 85% tinham carga horária semanal de oito horas diárias ou mais. Quanto

ao funcionamento em horários alternativos, somente 12% das unidades funcionavam no fim de semana e 57% no horário de almoço.

A organização das ações no escopo da AB se fundamenta, principalmente, nas determinações da gestão em saúde, entendida como a gestão formal institucionalizada, o que pode configurar um engessamento do trabalho das equipes no sentido da inventividade e possibilidade de reinvenção por parte dos atores operantes diretos do trabalho no âmbito destes serviços. Assim, o funcionamento dessas unidades em horários alternativos pode representar a ampliação do acesso aos usuários impedidos de comparecer ao serviço em horário comercial e que poderiam se beneficiar de um atendimento em horários flexíveis, em especial, o atendimento à população masculina que com frequência se refere à incompatibilidade de horários como o fator determinante para a não procura por serviços de saúde nessas unidades.

Lima (2014, p. 95) aponta que o acesso é um dos elementos primordiais para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo gerador de satisfação ou insatisfação do usuário com a atenção ofertada pelo serviço. O acesso pode ser expresso pela ampliação e frequência na utilização dos serviços ofertados ou os que vão se incorporando em função à demanda dos usuários, por necessidades epidemiológicas, por novas realidades instituídas nos territórios e suas necessidades de saúde, sendo muitas vezes a simples entrada e não a trajetória no serviço percebida como facilidade pelos usuários (SCHWARTZ ET AL., 2010).

É ainda Lima (2014) que nos adverte que alguns autores como: Starfield (2002), Brasil (2011B) e Travassos e Martins (2004), têm considerado a acessibilidade como a adequação entre a oferta e a demanda de serviços e inclui a disponibilidade, acessibilidade geográfica, comodidade ou acesso sócio-organizacional, bem como possibilidade de pagamento, acessibilidade financeira e aceitabilidade. Nesse contexto, afirma a autora que a acessibilidade está diretamente atrelada ao acesso e diz respeito às

características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso e da forma como ocorre ou não o acolhimento.

Tendo em vista a amplitude do conceito de acessibilidade, já apontada por alguns autores (LIMA, 2014; SCHWARTZ ET AL., 2010; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), é importante destacar o recorte desta pesquisa, realçando apenas os aspectos relacionados às características arquitetônicas que facilitam o acesso de pessoas com deficiência e idosos.

Conclusão

A realização deste estudo permitiu constatar avanços e desafios com relação à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica no estado do Espírito Santo, no contexto avaliativo do PMAQ-AB.

Quanto à caracterização dos trabalhadores da saúde no que diz respeito à composição das equipes e aos aspectos relacionados aos vínculos empregatícios, no primeiro eixo de análise, os dados apontam avanços no que tange à fixação dos profissionais e à desprecarização das relações de trabalho na AB no estado. Porém, retomando os objetivos deste estudo, esta pesquisa aponta para a necessidade de maiores investimentos na incorporação de médicos, uma vez que 29,9% das UBS não contavam com esses profissionais, bem como de médicos especialistas e de outros profissionais na AB.

Nesse sentido, destaca-se a importância da proposta do apoio matricial, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em que estas equipes buscam agregar conhecimentos e aumentar a capacidade operacional das equipes locais na resolução dos problemas de saúde. Importante ressaltar a existência de apenas quatro NASF no Espírito Santo, em 2011, o que deve ser considerado como um importante dificultador para a inclusão de outros trabalhadores na ESF. Nesse contexto, o estudo também oferece importantes subsídios para os gestores dos serviços

de saúde que pretendem implementar e/ou qualificar o desenvolvimento de equipes multiprofissionais e valorizar os trabalhadores por meio do Plano de Cargos Carreiras e Salários.

A análise feita no segundo eixo também aponta para a realização de práticas de planejamento, organização dos processos de trabalho, territorialização e acolhimento. Os achados dessa investigação evidenciam que tais propostas vêm se difundindo na prática institucional e sua operacionalização assinala a centralidade dos sujeitos nas ações de planejamento das equipes de saúde. Porém, novos estudos são necessários para melhor avaliar a dimensão do planejamento desenvolvido nessas instituições de saúde e verificar se o mesmo ainda permanece focado em aspectos do modelo biomédico, com tendências normativas, sem considerar suficientemente critérios de risco e vulnerabilidade e sem a utilização adequada de instrumentos preconizados para o seu desenvolvimento.

Considerando-se a complexidade envolvida na prática do acolhimento no cotidiano das instituições de saúde, o desenvolvimento desse processo pode revelar contradições e distanciamentos entre as intenções de uma prática e sua real aplicação nas situações concretas diárias. Nesse sentido, sugerem-se estudos futuros para um aprofundamento na temática do acolhimento.

Além disso, é preciso aprofundar a análise de metodologias e modelos básicos de instrumentos de programação e avaliação, que traduzam as diretrizes da ESF, com capacidade de adequação às peculiaridades e necessidades locais em cada território. Também é necessário, futuramente, avaliar de forma mais ampla o planejamento de ações nas equipes com relação à fragmentação, descontinuidade e respeito aos limites de competência dos profissionais na gestão da saúde da população em seus territórios de abrangência. Estes resultados apontam também para a importância de análises culturais no que tange ao planejamento participativo.

Em relação ao terceiro eixo, os dados evidenciaram desafios a serem superados, principalmente no que tange aos elementos estruturais que dificultam o acesso funcional, ou seja, o acesso propriamente dito aos serviços de saúde, especialmente com relação às pessoas com deficiência e idosos. Além disso, destacaram-se indicadores insatisfatórios referentes às questões do ambiente, expondo a necessidade de maiores investimentos em infraestrutura, a fim de suplantarem importantes questões afetas à vigilância

em saúde e a biossegurança, essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Por fim, é oportuno ressaltar a necessidade de estudos que busquem ouvir os usuários para melhor avaliar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por meio de análise da adequação do espaço físico, da disponibilidade de insumos e equipamentos, do número suficiente de profissionais nas equipes e da estruturação e regulação da rede de referência e contrarreferência. ■

Referências

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 5, n. 3, p. 151-153, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). *Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 23 mar 2014.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Uerj: Abrasco, 2006. p. 259-278.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010: resultados gerais da amostra por áreas de ponderação. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra_areas_ponderacao/default.shtm>. Acesso em: 23 mar. 2014.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. *Notícias: Telessaúde no ES qualifica atendimento nas unidades de saúde*. 2013. Disponível em: <<http://www.es.gov.br:81/Lists/Notcias/DispForm.aspx?ID=163788>>. Acesso em: 23 mar 2014.

FLEGELE, D. S. et al. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 12, n. 2, p.5-11, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p. 248-264, 2010.

LIMA, E. F. A. *Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família*. 2014. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

MACIEL, E. L. N. et al. Territorialização em saúde e liberdade individual: desafios a consolidação do SUS. In: TANACKA, M. et al. (Org.). *Questões ambientais em saúde coletiva*. Cuiabá: EDUMT, 2012. p. 39-56.

MATUS, C. (Org.). *Adeus, senhor presidente governantes e governados*. São Paulo: Fundap. 1996.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998, 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na Região de São Pedro, no município de Vitória/ES. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, n. 4, 2010, p. 2145-54.

STARFIELD, B. (Org.). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 89-111.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

TESTA, M. (Org.). *Pensar saúde*. Porto Alegre: Artes Médica, 1992.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná

Workforce and work management in health/primary care: revelations of External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Paraná

Maria Lucia Frizon Rizzotto¹, Célia Regina Rodrigues Gil², Manoela de Carvalho³, Ana Lucia Nascimento Fonseca⁴, Marieta Fernandes Santos⁵

¹Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professora Associada da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. frizon@terra.com.br

²Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil. reginagil@uol.com.br

³Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. man0ela@hotmail.com

⁴Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil. Assessora da Escola de Saúde Pública do Paraná - Curitiba (PR), Brasil. an.fonseca@bol.com.br

⁵Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Foz do Iguaçu (PR), Brasil. marieta_fs@yahoo.com.br

RESUMO Trata-se de estudo sobre a composição e gestão da força de trabalho na Atenção Básica no Paraná. Os dados foram coletados do Censo de Atenção Básica e da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizados entre julho e setembro de 2012. Destaca-se, no censo, a predominância (59,9%) de trabalhadores, cuja exigência de formação é o ensino fundamental ou médio. Entre os profissionais de nível superior que participaram da avaliação externa, 76% atuam há cinco anos ou menos; 82,7% ingressaram por concurso público; é quase nula a participação/utilização de mecanismos de ensino/atualização a distância, evidenciando a necessidade de ações voltadas ao fortalecimento de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde no estado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em saúde; Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This is a descriptive study with a quantitative approach related to concerning the composition and management of the workforce in Primary Care of the State of Paraná - Brasil. Data were collected from the Census of Primary Care and from external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), between July and September 2012. It stands out in the census, the prevalence (59.9%) of workers whose training requirement is the elementary or middle school. Among those with higher education, who participated in the external evaluation, 76% of it have five years or less in primary care; 82,7% of respondents have joined the basic health care through public tender; the use of distance learning mechanisms is almost null, highlighting the need to prioritize actions aimed at strengthening the politics of work management and education in health.

KEYWORDS Primary Health Care; Human resources for health; Health evaluation; Work management; Unified Health System.

Introdução

O grande desafio no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido transpor os princípios doutrinários da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde dos textos legais para a prática cotidiana dos serviços de saúde. Esses princípios e a qualidade do atendimento deveriam configurar-se como prioridades dos governos em todos os níveis de gestão, com a criação de mecanismos e de estratégias que superem os nós críticos da organização e gestão da atenção à saúde. Os obstáculos vão desde o estabelecimento excessivo e centralizado de normas que dificultam o funcionamento das unidades locais, como horário de funcionamento, localização, processos de trabalho e baixa autonomia das equipes; problemas de ordem estrutural do sistema de saúde, como o financiamento insuficiente para a alocação de recursos adequados à prestação de serviços de saúde universais, integrais e resolutivos; até a disponibilidade e gestão da força de trabalho em saúde, considerada fator decisivo e crítico para a consolidação do sistema.

Santos (2010) menciona algumas ‘mudanças funcionais’ no setor saúde, decorrentes da criação do SUS, como a grande inclusão social nos serviços públicos de saúde e a consequente elevação da produção, com ampliação do envolvimento dos municípios e participação de trabalhadores, gestores e representantes populares nas discussões políticas e técnicas do sistema, assumindo os seus valores e princípios doutrinários, delimitados no microp processo de trabalho. No entanto, essas mudanças não conseguiram alterar substancialmente os interesses e estruturas do modelo hegemônico do ‘pré-SUS’, persistindo ainda a dependência do setor público em relação ao setor privado, no que se refere à oferta de serviços de média e alta complexidade, o subfinanciamento crônico do setor público e os problemas relativos à gestão do trabalho e da educação em saúde, ou seja, apesar dos

esforços das últimas décadas, não se alterou significativamente o modelo de atenção de acordo com o proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Alguns estudos que analisaram a expansão da Atenção Básica (AB) na década seguinte à Constituição Federal de 1988 (SOARES, 2000; RIZZOTTO, 2000; MARQUES; MENDES, 2002; GIL, 2006) evidenciam que isso se deu em concordância com orientações de organismos internacionais que defendiam a ideia de o País focalizar os gastos públicos em ações de saúde dirigidas aos grupos mais pobres, utilizando-se de tecnologias menos densas e complexas, a fim de reduzir os gastos do setor.

Nessa mesma direção, Santos (2010) afirma que a ampliação da AB não se pautou pela universalidade nem pela resolutividade do sistema e, sim, pela focalização em populações sem acesso aos planos e serviços privados de saúde. Não se efetivou como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, na maioria das vezes, em função da baixa resolutividade, contribuiu para ampliar as filas de espera nos níveis de média e alta complexidade, sob hegemonia do setor privado.

A consolidação da AB como estruturante do sistema de saúde, universal e com alto grau de resolutividade, requer o enfrentamento de desafios impostos historicamente ao SUS como um todo e que, por sua vez, não se desvinculam do modelo econômico vigente. As condições estruturais aliadas à falta de priorização da saúde no campo político governamental são fatores que contribuíram para o ‘desvio de rumo’ do SUS e, consequentemente, da AB como primeiro e essencial acesso ao sistema, que deveria resolver 85% dos problemas de saúde da população.

A insuficiência de recursos financeiros, com sobrecarga dos municípios em relação aos custos da assistência, bem como os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal são fatores determinantes da baixa capacidade dos municípios na gestão da força de trabalho desde a contratação e, consequentemente, na composição e distribuição

das equipes e fixação dos profissionais para cobrir as demandas dos serviços.

O Brasil, sob a influência das políticas neoliberais que defendem o Estado mínimo, dedicou décadas de esforços à gestão financeira do sistema como principal estratégia de redução de custos e resolução dos problemas da saúde. Deixou de investir e implementar inovações na organização dos serviços, na gestão do cuidado e, principalmente, na gestão da força de trabalho em saúde. Os resultados insatisfatórios dessa aposta única, associados à deterioração do trabalho em saúde que dela decorre, obrigaram os governos a admitir que a força de trabalho em saúde é central para a consolidação de um sistema de saúde de qualidade e deve ser regulada pelo Estado.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que o SUS tem, atualmente, quatro grandes questões a resolver: o financiamento, a construção de uma base produtiva nacional de insumos e equipamentos para a saúde, a sua governança e os recursos humanos, envolvendo a formação e distribuição dos trabalhadores da saúde, condições essenciais para a melhoria da qualidade e resolutividade do cuidado.

Desde o final da década de 1990, o Ministério da Saúde vem induzindo a adesão dos municípios brasileiros a programas que visam ampliar a resolutividade da AB com a oferta de serviços por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), da Saúde Bucal (SB), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros.

Em 2011, o governo federal criou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS 1.654, com o objetivo de induzir à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção (BRASIL, 2011C).

O PMAQ-AB compreende quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Na primeira chamada realizada em 2011

poderiam aderir até 50% das equipes de Saúde da Família de cada município, sendo a adesão voluntária e decidida pela equipe em conjunto com o gestor municipal.

A avaliação externa do PMAQ-AB, nessa primeira fase, foi composta por três módulos, sendo um deles aplicado à totalidade das unidades, independentemente do tipo de equipe e de terem ou não aderido ao Programa, caracterizando o Censo da Atenção Básica (CAB). Este levantou dados sobre 18 itens para identificar as condições de oferta dos serviços de AB em todo o território nacional. Os itens compreendiam desde a identificação da unidade de saúde, disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos, infraestrutura para a realização das ações de saúde, acessibilidade, à composição das equipes.

Na primeira chamada do PMAQ-AB, dos 399 municípios paranaenses 303 (75,9%) aderiram ao programa, com um total de 998 equipes de Saúde da Família que correspondem a 44,4% das 2.249 equipes de Saúde da Família, então existentes no estado.

Partindo da premissa de que há insuficiência de dados sobre a dinâmica da força de trabalho em saúde no estado e que essa situação dificulta o planejamento e a formulação de políticas públicas de investimento, formação, qualificação e fixação de profissionais para o SUS, principalmente na AB, este estudo tem por objetivo analisar a composição da força de trabalho e aspectos da gestão do trabalho em saúde na AB no Estado do Paraná, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ-AB ciclo 1.

Materiais e método

A estratégia teórico-metodológica que orienta o trabalho está pautada no enfoque da avaliação, entendida como instrumento de gestão e organização de políticas públicas, visando contribuir para a formulação, implementação e ajuste de intervenções governamentais, e na

abordagem quantitativa do objeto de estudo, sem se restringir a ela, dado que qualquer aspecto da saúde coletiva que se queira analisar exige a contribuição de outros campos disciplinares distintos, pois se trata de uma realidade social complexa, resultado de processos econômicos e políticos mais amplos.

Nesse sentido, se constituem em referentes conceituais de análise as noções de: (1) política pública, entendida como estratégias de governo para intervir na dinâmica social; (2) sistema universal de saúde, que deve garantir atenção integral, igualitária e de qualidade para toda a população e (3) gestão do trabalho e de educação na saúde, eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, que trata da relação entre gestores e trabalhadores, de ações que visam valorizar o trabalho e o trabalhador, do planejamento, formação e qualificação do trabalhador, este visto como elemento central na implementação do SUS e como mediador do direito à saúde.

Os dados foram obtidos do Censo de Atenção Básica (Módulo I), realizado em todas as unidades de saúde de AB existentes no estado (3.020), e do processo de Avaliação Externa (Módulo II) do PMAQ-AB, respondido por um profissional de nível superior, integrante da equipe de Saúde da Família que tinha aderido ao Programa, correspondendo a uma amostra de 998 sujeitos.

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores contratados pela Ensp/Fiocruz, no âmbito do projeto Avaliação da Atenção Básica nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná e Tocantins mediante acompanhamento de supervisores de campo. Para a coleta de dados utilizou-se de tablets com envio direto das informações online para o banco de dados do DAB/MS (Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde) que, inicialmente, o disponibilizou para as instituições universitárias que participaram do processo de avaliação externa, sendo esta a fonte utilizada na presente pesquisa.

Os dados extraídos do banco do DAB/MS foram sistematizados e apresentados na

forma de tabelas e os resultados organizados a partir de três temáticas: composição da força de trabalho na AB; perfil dos profissionais das ESF que responderam o questionário do PMAQ-AB (tempo de atuação na ESF e formação profissional) e gestão da força de trabalho na AB (tipo de vínculo, agente contratante, forma de ingresso, Plano de Cargo, Carreira e Salários e Educação Permanente). A análise descritiva foi complementada com discussões respaldadas pela literatura que trata da temática do estudo. A pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, com parecer favorável do CEP da Ensp/Fiocruz nº 32.012.

Resultados e discussão

A oferta de serviços de saúde de qualidade e resolutivos depende de múltiplos aspectos que extrapolam os observáveis em uma unidade de saúde. O que se verifica na ponta do sistema resulta de políticas públicas setoriais e macroestruturais definidas em outros níveis de gestão e de governo que não o nível local. No entanto, não se pode desconsiderar a importância das decisões tomadas na esfera municipal e de políticas de incentivo estadual no sentido de ampliar a resolutividade e desempenho da AB, coordenadora do cuidado no âmbito do sistema de saúde. Essa afirmação pode ser feita a partir da comparação de unidades de saúde de municípios limítrofes, que apresentam diferenças substanciais tanto no que se refere à infraestrutura das unidades de saúde, como aos processos de trabalho instituídos e à gestão da força de trabalho em saúde.

No Brasil, entre os problemas de gestão do trabalho no SUS destacam-se: a distribuição desigual de profissionais nas regiões do país, com escassez em algumas e sobreoferta em outras; o número insuficiente de médicos e outros profissionais, principalmente na AB; a oferta de determinadas especialidades médicas sem a necessária correspondência com

as necessidades da população; a incipiente incorporação de outras categorias profissionais de saúde na rede; o perfil inadequado de formação dos profissionais para atuarem na AB, entre outros (CARVALHO, 2012).

Em relação à composição da força de trabalho na AB, a ideia de trabalho em equipe multiprofissional ganhou destaque a partir da década de 1970, período de expansão dos serviços públicos de saúde no País, especialmente por meio da atenção primária em unidades de saúde e da atenção ambulatorial em hospitais privados, financiados pelo setor público. Ainda que até meados da década de 1980 a categoria médica predominasse quantitativamente, a incorporação de outros profissionais no campo do trabalho em saúde indicou novas possibilidades de composição das equipes a partir da década de 1990 (PEDUZZI; PALMA, 2000), com potencial para alterar os processos de trabalho e as relações entre os profissionais, desde que acompanhadas de uma mudança estrutural no modelo de atenção e de gestão.

No Paraná, os dados do CAB (*tabela 1*) revelam que no período de coleta de dados o estado contava com 31.732 profissionais inseridos na AB, destes, 34,8% eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, somados aos auxiliares e técnicos, totaliza 59,9% dos trabalhadores da AB, evidenciando que a maior parte da força de trabalho desse nível de atenção é composta por trabalhadores com exigência de formação em nível fundamental e médio. Esses dados conferem com o estudo de Girardi e Carvalho (2006) em que os ACS constituem o segmento da força de trabalho mais numeroso na AB em função da ESF. Contudo, como o instrumento não pesquisou o grau de escolaridade dessa categoria, não é possível identificar se o nível de formação corresponde apenas ao exigido pelo posto de trabalho que ocupam, aspecto a ser considerado também no presente estudo.

Entre os trabalhadores vinculados às equipes que aderiram ao PMAQ-AB a relação praticamente não se alterou, com 58,3%

do total dos trabalhadores sem exigência de formação de nível superior. O que se observou no caso das equipes que aderiram ao PMAQ-AB foi um leve aumento na quantidade de fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos (*tabela 1*).

Ainda na *tabela 1*, entre os profissionais de nível superior, observa-se o predomínio do profissional médico (15,7%), seguido do enfermeiro (8,2%) e do cirurgião dentista (6,7%). Nas equipes que aderiram ao PMAQ-AB, esses profissionais são, respectivamente, 14,8%, 7,1% e 5,3%. Em ambos os casos, a quantidade de médicos é o dobro ou mais quando comparado com os demais profissionais de nível superior. Isso pode ser explicado, em parte, pela carga horária que cada profissional dedica ao trabalho na AB, onde, em geral, o médico cumpre a metade ou menos da carga horária dos demais profissionais.

Em pesquisas realizadas para avaliar as diferenças entre as unidades de saúde tradicionais e as com ESF, uma das principais dificuldades apontadas foi em relação à contratação de médicos para a composição das equipes de Saúde da Família. Entre outras razões, o estudo encontrou que a carga horária exigida se constitui em um aspecto pouco atrativo para esses profissionais, por isso a baixa adesão à ESF (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Em resposta a esse problema, o Ministério da Saúde divulgou, em 2011, as Portarias nº 2.027 e nº 2.488 que dispõem sobre a carga horária das equipes de Saúde da Família e dos profissionais médicos que compõem estas equipes, estabelecendo como alternativa à jornada de 40 horas semanais a possibilidade de inserção de dois a quatro médicos em uma equipe em uma mesma unidade de saúde, cumprindo individualmente carga horária de 20 ou 30 horas semanais, com repasse do incentivo financeiro diferenciado para cada modalidade (BRASIL, 2011A; BRASIL, 2011B).

Essa medida gerou críticas entre profissionais e gestores, pois retrocede em uma das condições necessárias à construção de vínculos com a equipe e com a população, ou seja,

Tabela 1. Profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde de Atenção Básica e os que aderiram ao PMAQ-AB, Paraná 2012

Profissional de saúde	Total na AB	%	Total nas equipes PMAQ-AB	%
ACS	11.056	34,8	5.469	37,5
Assistente Social	231	0,7	164	1,1
Auxiliar de Enfermagem	3480	11,0	1371	9,4
Auxiliar de Saúde Bucal	1674	5,3	706	4,8
Cirurgião Dentista	2137	6,7	779	5,3
Enfermeiro	2613	8,2	1031	7,1
Fisioterapeuta	628	2,0	400	2,7
Médico	4993	15,7	2154	14,8
Microscopista	3	0,0	-	-
Nutricionista	507	1,6	359	2,5
Psicólogo	625	2,0	416	2,8
Técnico de Enfermagem	2027	6,4	575	3,9
Técnico de Laboratório	33	0,1	25	0,2
Técnico de Saúde Bucal	731	2,3	370	2,5
Outros (equipe ampliada)	994	3,1	782	5,4
Total	31.732	100	14.601	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

a permanência do profissional oito horas diárias na unidade. Por outro lado, na prática, essa exigência deixava muitas equipes sem o profissional médico, prejudicando o trabalho da equipe como um todo. O próprio acesso ao cuidado em saúde fica comprometido quando a equipe não dispõe de profissionais em quantidade e em tempo adequado para o atendimento (VAN STRALEN *ET AL.*, 2008).

A outra parte da explicação para a diferença entre a carga horária que cada categoria profissional cumpre e a própria quantidade dos diversos profissionais de nível superior na AB pode ser buscada na persistência do modelo de atenção hegemônico, centrado na atenção médico-curativa, que ambulatoriza a AB, dificultando a mudança para um modelo de atenção que tenha como pressuposto

uma concepção ampliada do processo saúde-doença e o trabalho em equipe.

Embora se observem alguns avanços, as inúmeras medidas adotadas no sentido de constituir equipes multiprofissionais para realizar um trabalho integrado que aborde outros aspectos do cuidado em saúde, além do biológico, não têm sido suficientes para promover as mudanças necessárias nas práticas profissionais que continuam nucleadas pelo trabalho médico.

A composição das equipes de trabalho que atuam na AB ainda carece da inserção efetiva de outras categorias profissionais da área da saúde e da diminuição da distância quantitativa entre os trabalhadores de nível superior e os de nível fundamental e médio, visando atender às diretrizes da AB.

Ainda, considerando os dados levantados pelo censo e pela avaliação externa do PMAQ-AB no Paraná, há indicativos de que os trabalhadores da AB, sobretudo os que não pertencem às equipes da ESF, podem estar sobrecarregados, uma vez que 46% dos trabalhadores estão alocados em 998 equipes, que corresponde a 33%, do total de equipes de AB existentes no estado (3020). Isso reforçado pelo fato conhecido de as equipes convencionais serem responsáveis por territórios e populações muito superiores ao das equipes da ESF.

Perfil dos profissionais representantes das equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ-AB no Paraná

Para discutir o perfil dos profissionais e aspecto da gestão do trabalho na AB no Paraná utilizou-se dos dados do Módulo II do processo de avaliação externa do PMAQ-AB, instrumento respondido por um profissional de nível superior que atuava na equipe de Saúde da Família avaliada. Este profissional deveria ser escolhido pela equipe por deter o maior conhecimento sobre a comunidade e o processos e trabalho da unidade de saúde. Entre os 998 profissionais que responderam

ao referido instrumento, 905 eram enfermeiros (90,7%), 53 médicos (5,3%) e 40 dentistas (4,0%), 87,9% dos respondentes era, também, coordenador da unidade. Estes dados mostram a participação do profissional enfermeiro na administração dos serviços e na liderança da equipe de saúde, podendo indicar, também, uma sobrecarga de trabalho deste profissional, conforme já apontado em estudo realizado por Gil (2006).

Ao se observar o tempo de atuação na equipe, viu-se que 76,0% dos sujeitos compõem a equipe há, no máximo, cinco anos (*tabela 2*). Em tese, considerando que o Ministério da Saúde vem aportando incentivos aos municípios que aderem à ESF desde 1998, portanto, há mais de uma década e meia, os dados demonstram uma temporalidade curta da inserção desses profissionais nas equipes. No entanto, ressalta-se a necessidade de outros estudos para avaliar a rotatividade e fixação de profissionais nos municípios do estado, já que essas condições interferem no conhecimento da realidade de saúde da comunidade e no estabelecimento de vínculos entre os profissionais, usuários e a própria equipe.

No que se refere à formação complementar dos sujeitos da pesquisa, dos 998 profissionais que responderam ao módulo II, 848 (85%) afirmaram que possuíam ou estavam em formação complementar no momento da pesquisa. De modo geral, observa-se que os

Tabela 2. Tempo de atuação dos trabalhadores na equipe de saúde, Paraná 2012

Tempo de atuação	n	%
Menos de 01 ano	273	27,4
De 01 a 05 anos	485	48,6
De 06 a 10 anos	185	18,5
De 11 a 15 anos	46	4,6
16 anos ou mais	06	0,6
Não sabe/não respondeu	03	0,3
Total	998	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

profissionais têm investido em sua qualificação profissional ao longo dos anos. A *tabela 3* mostra que a maior parte dos cursos realizados pelos profissionais é de especialização, sendo que entre os dentistas, 91,4% fizeram pelo menos um curso na área de Saúde da Família, Saúde Pública, Comunitária e/ou Coletiva. Entre os médicos a porcentagem foi de 64,2% e entre os enfermeiros, 51,9% realizaram algum curso nestas áreas. Poucos são os profissionais que cursaram ou estão cursando pós-graduação *stricto sensu*.

Em relação à gestão da educação em saúde, Gil e Escorel (2006) identificaram perfil

semelhante e lacunas no processo de formação profissional. De acordo com os autores, entre as três categorias estruturantes da ESF, os enfermeiros são os que mais buscam qualificação. No entanto, a residência multiprofissional em Saúde da Família tem pouca representação na formação dos enfermeiros e dos cirurgiões dentistas, e as residências médicas nas áreas afins à AB ainda não fazem parte da formação dos médicos que nela atuam.

O Paraná tem um parque de universidades públicas constituído por sete estaduais e duas federais, sendo uma latino-americana, em região de fronteira com a Argentina

Tabela 3. Cursos de pós-graduação concluídos e em andamento, segundo a categoria profissional, Paraná 2012

Curso	Concluído						Em andamento					
	Médico		Enfermeiro		Dentista		Médico		Enfermeiro		Dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Especialização em Medicina da Família e Comunidade	16	19,0	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-
Especialização em Saúde da Família	8	9,5	205	23,8	14	23,0	4	60	127	48,8	7	87,5
Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	6	7,1	193	22,4	18	29,5	1	20	30	11,5	1	12,5
Outra especialização	29	34,5	425	49,2	24	39,3	-	-	95	36,5	-	-
Residência em Medicina da Família e Comunidade	5	6,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Residência em Saúde da Família	-	-	3	0,3	-	-	-	-	2	0,8	-	-
Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	1	1,2	4	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Outra residência	17	20,2	5	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Mestrado em Saúde da Família	1	1,2	2	0,2	2	3,3	-	-	1	0,4	-	-
Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	-	-	9	1,0	1	1,6	-	-	3	1,2	-	-
Outro mestrado	1	1,2	12	1,4	2	3,3	-	-	-	-	-	-
Doutorado em Saúde da Família	-	-	2	0,2	-	-	-	-	1	0,4	-	-
Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	-	-	2	0,2	-	-	-	-	1	0,4	-	-
Outro doutorado	-	-	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
* Total	84	100	863	100	61	100	5	100	260	100	8	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

* O total é superior ao número de sujeitos entrevistados porque um mesmo profissional pode ter realizado ou estava realizando mais de um curso de pós-graduação.

e Paraguai. Além das universidades e seus campi, tem ainda a Escola de Saúde Pública vinculada à Secretaria Estadual de Saúde que oferta cursos de especialização aos profissionais do SUS. Entretanto, identifica-se a necessidade de fortalecimento de parcerias entre as instituições formadoras com a gestão do trabalho no SUS (estadual e municipal), com a finalidade de construção de mecanismos e estratégias que possibilitem melhor qualificar os profissionais que atuam na AB com referenciais da saúde pública e da saúde coletiva; o desenvolvimento de estudos e pesquisas que retratem quantitativa e qualitativamente os diferentes aspectos da AB; a ampliação dos programas de residências multiprofissionais para a AB e ESF, além da estruturação da pós-graduação *stricto sensu* com acesso dos profissionais dos serviços a estes programas. Porém, não há como minimizar o papel determinante dos atuais critérios para a criação e manutenção dos programas de pós-graduação *stricto sensu* exigidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que têm dificultado a abertura e expansão de novos cursos e, conseqüentemente, o acesso de muitos profissionais de saúde que atuam na rede básica a este nível de formação.

Gestão da força de trabalho na Atenção Básica no Paraná

A gestão do trabalho trata das relações de trabalho e parte da compreensão de que a participação do trabalhador é essencial para a consolidação do SUS, sendo aquele visto como sujeito e agente transformador da realidade e não um mero 'recurso' cumpridor de tarefas definidas em alguma outra instância, distante do ambiente de trabalho e da equipe local.

A política de gestão do trabalho em saúde pressupõe a necessidade de garantir condições que valorizem o trabalhador e suas

atribuições, tais como: o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), os vínculos de trabalho com proteção social, os espaços de discussão a respeito das relações e condições de trabalho, a capacitação e educação permanente dos trabalhadores, entre outros (BRASIL, 2014). No entanto, no Brasil, a mudança de visão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho em saúde ainda são bastante tímidas na maioria dos serviços.

Os dados da *tabela 4* mostram que a principal forma de ingresso é por concurso público e seleção pública, com 82,7% e 4,9%, respectivamente, mas uma parcela importante de trabalhadores (11,4%) ingressou por outros mecanismos que não o mérito. Mais da metade (58,2%) dos trabalhadores entrevistados são do quadro próprio dos serviços municipais, com vínculo estável, os demais (42%) são contratados por vínculos que não dão estabilidade no trabalho, com destaque para o emprego público CLT (23,6%) ou contrato CLT (9,3%), embora esses formatos não caracterizem precariedade nas relações de trabalho. A precariedade está para 7,5% dos trabalhadores com cargo comissionado, contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial, contrato temporário por prestação de serviço ou autônomo.

Estudos do Ministério da Saúde realizados entre 2001 e 2002 indicaram que entre 20% e 30% de todos os trabalhadores da ESF tinham vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2006). Mais recentemente, os dados divulgados por Girardi *et al.* (2010) mostram uma diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF para todas as ocupações. No entanto, segundo o autor, o predomínio de contratos protegidos foi observado apenas para contratos de Agentes Comunitários de Saúde e técnicos e auxiliares de saúde. O trabalho precário ainda predominou nos contratos de médicos em 76,3% municípios, de enfermeiros em 57,7% dos municípios e dentistas em 55,9% dos municípios.

Os dados relacionados à forma de ingresso e tipo de vínculo (*tabela 4*) podem indicar

Tabela 4. Forma de ingresso, tipo de vínculo, agente contratante e PCCS entre os trabalhadores entrevistados, Paraná 2012

Forma de ingresso	n	%
Concurso público	825	82,7
Seleção pública	49	4,9
Outra forma	114	11,4
Não sabe/não respondeu	10	1,0
Total	998	100
Tipo de vínculo	n	%
Servidor público estatutário	581	58,2
Cargo comissionado	21	2,1
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	18	1,8
Contrato temporário por prestação de serviço	32	3,2
Empregado público CLT	236	23,6
Contrato CLT	93	9,3
Autônomo	4	0,4
Outro(s)	8	0,8
Não Sabe/Não Respondeu	5	0,5
Total	998	100
Agente contratante	n	%
Administração direta	773	77,5
Consórcio intermunicipal de direito privado	2	0,2
Consórcio intermunicipal de direito público	9	0,9
Cooperativa	1	0,1
Empresa	28	2,8
Entidade filantrópica	4	0,4
Fundação pública de direito privado	4	0,4
Fundação pública de direito público	117	11,7
OSCIPI	35	3,5
Organização não governamental (ONG)	2	0,2
Outro(s)	12	1,2
Não Sabe/Não Respondeu	11	1,1
Total	998	100
PCCS	n	%
Possui PCCS	387	38,8
Não possui PCCS	597	59,8
Não sabe/não respondeu	14	1,4
Total	998	100

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

que apesar de o ingresso se dar por meio de concurso público, a quantidade e diversidade de agentes contratantes ainda é um indicativo de problemas na gestão do trabalho nos municípios parananenses. Além disso, como se viu na *tabela 2*, o tempo de serviço de 76% dos entrevistados era de até cinco anos e 27,4% tinham menos de um ano de atuação na equipe, o que pode indicar alta rotatividade de trabalhadores possivelmente relacionado com o tipo de vínculo de trabalho. De toda forma, fica evidente a necessidade de estudos que acompanhem a evolução da gestão do trabalho no estado, pois a ausência de dados anteriores impede comparações sobre a dinâmica da força de trabalho ao longo do tempo.

Em nível nacional, os problemas em relação à gestão da força de trabalho se acentuaram a partir de meados da década de 1990, com a reestruturação do estado na perspectiva da reforma administrativa e do Estado mínimo. A carreira no setor público foi secundarizada, com repercussão na consolidação do SUS, pois, apesar de a Constituição Federal de 1988 expressar a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, as ações e serviços de saúde não foram consideradas como atividades exclusivas do Estado. Assim, a discussão sobre a importância dos PCCS na construção do sistema nacional de saúde foi esvaziada e uma das consequências foi a proliferação de inúmeras formas de inserção dos trabalhadores nos serviços públicos por meio de vínculos de trabalho destituídos de proteção social, independente do tipo de seleção realizada.

A partir de 2004, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a necessidade de elaboração de diretrizes para subsidiar a elaboração dos PCCS dos trabalhadores do SUS nas três esferas de governo, cujo pressuposto é a construção de carreiras semelhantes no âmbito do SUS, respeitando-se as especificidades regionais.

O plano de carreira é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento

pessoal e profissional dos trabalhadores de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal (BRASIL, 2006).

Os dados da *tabela 4* apontam que, apesar das prerrogativas legais vigentes desde a criação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, 59,8% dos entrevistados informaram que não têm PCCS, portanto, não vislumbram a possibilidade de crescimento profissional na AB indicando um quadro desafiador para a política de gestão do trabalho em saúde também no estado do Paraná. Entre os que possuem PCCS, a progressão por titulação, formação profissional e antiguidade são as mais referidas como formas de ascensão.

Educação Permanente na Atenção Básica

As questões referentes à Educação Permanente evidenciam fragilidades no âmbito das equipes que aderiram ao PMAQ-AB no Paraná. Os dados da *tabela 5* mostram que 80,4% dos entrevistados afirmam existir ações de Educação Permanente para os profissionais da AB, no entanto, só 58,1% dos trabalhadores afirmaram que as ações contemplam as demandas e necessidades da equipe. Esses dados são contraditórios com o pressuposto da própria Educação Permanente que deve ser constituída a partir das necessidades dos trabalhadores e, portanto, com a participação dos mesmos. Uma das possíveis explicações é a de que esses profissionais estão participando de capacitações convencionais, definidas centralmente, em que não se sentem protagonistas dos processos.

Por fim, ao se verificar as questões referentes ao acesso a ferramentas educacionais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde aos profissionais da AB, observa-se que é quase nula a participação dos sujeitos da pesquisa no programa telessaúde, em que apenas 3,7% dos profissionais afirmaram ter

Tabela 5. Ações de educação permanente, segundo os profissionais de Atenção Básica, Paraná 2012

Ações de educação permanente para a equipe de AB	Sim		Não		Não sabe/ não respondeu		Total
	n	%	n	%	n	%	
Existem ações de educação permanente?	802	80,4	191	19,1	5	0,5	998
As ações contemplam as necessidades da equipe?	580	58,1	214	21,4	204	20,4	998
Participa do telessaúde?	37	3,7	762	76,4	199	19,9	998

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

acesso aos recursos dessa política que envolve segunda opinião formativa, telediagnóstico, teleconsultoria, cursos de ensino à distância pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e curso pela Rede Universitária de Telemedicina (Rute).

Considerações finais

A criação tecnopolítica do espaço gestão do trabalho e da educação na saúde é recente no cenário dos serviços de saúde do país. Os gestores, quando optam pelos modos como estruturam e organizam a AB nos estados e municípios, fazem escolhas cuja racionalidade envolve diferentes projetos e interesses. De modo geral, o que predomina são as iniciativas voltadas à estrutura física, quase sempre em detrimento de ações voltadas para processos e resultados dos serviços. A falta de planejamento e adoção de tecnologias que fortaleçam mudanças nas condições e processos de trabalho aos quais os trabalhadores estarão submetidos contribuem para a baixa resolutividade e qualidade da AB e do próprio SUS.

A importância de conhecer e planejar a força de trabalho em saúde reside na necessidade de assegurar que, de fato, o sistema atenda às necessidades e aos direitos dos cidadãos de terem acesso às ações de promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde de forma integrada, de acordo com os preceitos

legais conquistados há mais de duas décadas. Para isso, é preciso investir nos trabalhadores de saúde qualificando-os e comprometendo-os com a melhoria dos serviços de saúde no momento e lugar requeridos. O propósito do planejamento da força de trabalho em saúde é encontrar o equilíbrio entre a composição, distribuição e número de trabalhadores de saúde com processos adequados de formação e educação permanente.

No Brasil, a política de saúde herdada do sistema de saúde anterior apresenta diversas inadequações às pretensões do SUS, trazidas à tona pelos estudos que comprovam a dificuldade de ampliação da ESF, que levou à retomada do discurso da AB como prioridade na agenda nacional da política de saúde. A dificuldade de fixação de profissionais de saúde na rede básica e em algumas regiões do país, a alta rotatividade dos profissionais nas equipes de AB — em que mais de 70% dos profissionais não permanecem mais que dois anos em cada equipe — e a precarização de vínculos e contratos de trabalho para manter o serviço e, ao mesmo tempo, cumprir com a Lei de Responsabilidade Fiscal têm chamado a atenção de gestores e pesquisadores do campo do planejamento e da gestão do trabalho em saúde.

No Paraná, 76% dos municípios aderiram à iniciativa do PMAQ-AB. Considerando esta primeira grande aproximação à avaliação da AB no Estado como um todo, pode-se evidenciar, no recorte estudado, que a

AB é feita predominantemente pelos ACS e trabalhadores do quadro técnico (auxiliares e técnicos de enfermagem e de saúde bucal). Eles respondem por 59,9% da força de trabalho no estado. Este dado mostra a necessidade de estudos e pesquisas dirigidos a esse grupo de trabalhadores para melhor conhecer as condições de trabalho, processos formativos, jornadas de trabalho e desempenho de suas ações, entre outros.

Da mesma forma, repete-se no estado o modelo centrado no médico, sendo esta a categoria que predomina entre os trabalhadores de nível superior. Cabe ressaltar que a coleta de dados foi anterior ao Programa Mais Médicos e que o estado do Paraná recebeu cerca de 800 médicos a mais. Portanto, aprofundar estudos sobre o provimento dos médicos no estado é outro desdobramento necessário. Os dentistas são os menos presentes, indicando que pode haver baixa oferta de serviços de odontologia na AB.

Em relação aos enfermeiros, são os que mais responderam às entrevistas, indicando que são os mais presentes nas unidades, reafirmando a condição de assalariamento da categoria. Estudar a existência de outras atividades paralelas e em contratuais é uma necessidade para melhor conhecer a sua real situação das condições de trabalho.

Em se tratando da forma de ingresso dos trabalhadores, predominou o ingresso por concurso público, embora se observe que 11,4%% ingressaram por outros mecanismos. Estes dados evidenciam, em parte,

uma trajetória histórica de luta pelo cumprimento da legislação. Ainda assim, estudos comparativos com outros estados brasileiros são importantes para corroborar (ou não) esta percepção.

Por fim, em que pese o Paraná ter uma condição interessante e favorável de integração ensino-serviços expressa pela rede de instituições de ensino públicas, esta é, sem dúvida, uma grande fragilidade a ser vencida. A maioria dos entrevistados afirmou a baixa resolutividade das ações de capacitação e educação permanente com pouco retorno à melhoria das suas necessidades de trabalho, assim como a quase total ausência de acesso às novas ferramentas educacionais para a atualização, como o telessaúde, ensino a distância, entre outras. Ressalta-se que dos estados da região sul, o Paraná continua sendo o único que permanece distante do telessaúde, programa já implantado e amplamente disseminado.

Os dados do PMAQ-AB sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde evidenciam a necessidade de priorização, no âmbito da gestão da AB e do SUS, de ações voltadas ao fortalecimento de políticas mais efetivas neste campo. A sensibilização para novas pesquisas, instalação do Observatório de Recursos Humanos e definição de instrumentos que permitam conhecer com maior profundidade a real situação da força de trabalho em saúde no Paraná são medidas essenciais para um melhor planejamento e avaliação da Atenção Básica. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pccs_diretrizes_nacionais_planos_carreiras_sus.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB variável). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 ago. 2010a. Disponível em: <<http://www.mp.pi.gov.br/internet/attachments/PT%20GM%20MS%202027-2011%20ALTERA%20CH-Pt%20648-2006%20%282%29.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 jun. 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 05 fev. 2014.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Gestão do trabalho em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/331-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/gestao-do-trabalho/li-gestao-do-trabalho/9474-teste-de-noticia>>. Acesso em: 05 abr. 2014.
- CARVALHO, M. *Contribuições ao planejamento da força de trabalho em saúde para a atenção básica*. 2012. 277 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- GIL, C. R. R. *Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
- GIL, C. R. R.; ESCOREL, S. M. Expressões das práticas dos médicos e enfermeiros em Saúde da Família. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. d'AVILA. (Org.). *Educação & Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- GIRARDI, S. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. *Rev Formação*, Brasília, DF, n.6, p.15-36, 2006.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública* [online], v. 18, suppl. 0, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=en>. Acesso em: 05 abr. 2011.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.) *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.
- RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *O mundo da saúde* [online], v.34, n.1, p. 8-19, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilos-p.br/pdf/mundo_saude/74/01.Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2011.
- SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53. n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [online]. v. 24, sup. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en>. Acesso em: 24 set. 2010.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários

Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users

¹Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. rosanaoc@mpc.com.br

²Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. aluizaferrer@gmail.com

³Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil. carlosgama@terra.com.br

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

⁵Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. thitrape@gmail.com

⁶Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. deivianna@gmail.com

Rosana Teresa Onocko Campos¹, Ana Luiza Ferrer², Carlos Alberto Pegolo da Gama³, Gastão Wagner de Sousa Campos⁴, Thiago Lavras Trapé⁵, Deivisson Vianna Dantas⁶

RESUMO Este artigo visa compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção primária. Está é uma avaliação participativa de quarta geração, guiada pela metodologia hermenêutica Gadameriana. Foram conduzidos quatro grupos focais com usuários. Narrativas foram construídas a partir das transcrições usando o arcabouço teórico de Ricoeur. A atenção primária é reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, mas o acesso é dificultado por: problemas de organização; uso do acolhimento como barreira ao acesso; falta de recursos humanos; dificuldades em dar seguimento ao tratamento. O modelo centrado na doença e a falta de análise crítica podem induzir a descrença nos resultados da atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Saúde coletiva; Acesso aos serviços de saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde; Participação social.

ABSTRACT The article aims to understand how users of the health system of a Brazilian metropolis evaluate the access to primary care services. This is a participatory evaluation of the fourth generation type, guided by the Gadamerian hermeneutic methodology. We conducted four focus groups with users; narratives were constructed from the transcriptions using the theoretical framework of Ricoeur. The primary care is recognized as the gateway of the health system; but access is hampered by: problems of organization; using the reception as a barrier to the access; lack of human resources; difficulties in following the treatment. The model centered on the disease and the lack of critical analysis may induce disbelief in the outcomes of primary care.

KEYWORDS Primary Health Care; Public health; Health services accessibility; Program evaluation; Social participation.

Introdução

Existe consenso sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na melhora dos indicadores de saúde de uma dada população. Ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). O Sistema Único de Saúde (SUS) incorpora esses princípios e reconhece que é a partir dos valores e demandas da atenção primária que o planejamento de suas ações deve ser feito: é o planejamento ascendente (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002).

A expansão da atenção primária no país vem se dando, prioritariamente, por meio da implantação de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito. É diretriz da ESF trabalhar com ênfase na formação de vínculo com a população e o envolvimento das equipes no cotidiano da comunidade, procurando garantir a integralidade da atenção prestada e melhorar a sua condição de vida (BRASIL, 2007).

A proposta de mudança na APS vem acompanhada da mudança no próprio paradigma que embasa as concepções sobre o processo saúde-doença. Os idealizadores do SUS ligados ao Movimento Sanitário propõem mudanças radicais na concepção de saúde e, conseqüentemente, na organização da atenção. Essas propostas podem ser sintetizadas no campo que emerge, denominado

saúde coletiva. Há marcos conceituais importantes da saúde coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase à integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no 'especialismo' e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao 'mercado da cura', entre outros princípios (CECCIM, 2008).

Outro ponto fundamental nesse processo relaciona-se à questão da participação social nas decisões referentes aos serviços de saúde ofertados à população. Essa participação é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), no entanto, apesar de representarem um inquestionável avanço no plano legal, ainda encontram muitos desafios para a sua efetivação. As evidências demonstram que a existência formal dos espaços de controle social não garante a participação política (MARTINS ET AL. 2008).

Apesar dos inúmeros avanços obtidos nesse processo de ampliação da APS (BEZERRA, 2004; MACINKO ET AL., 2006), constata-se que existem dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (CAMPOS, 2003; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; ONOCKO-CAMPOS ET AL., 2012; ONOCKO CAMPOS, 2005). Na prática, priorizam-se ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda e não nas reais necessidades dos usuários (COELHO; JORGE, 2009; TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004). Aliado a isso existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as

propostas da ESF (GIOVANELLA, 2008; MENDES, 2011).

Starfield (2002) diferencia acesso de acessibilidade. A acessibilidade relaciona-se com a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços e o acesso permitiria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços.

Jesus e Assis (2010), Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1995) vão propor um modelo de análise do acesso aos serviços procurando uma compreensão multidimensional do problema levando em conta aspectos sociais e políticos. São propostas cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. Essas dimensões teriam como orientadores os princípios da responsabilização, resolutividade e equidade funcionando como norteadores na construção das políticas públicas.

Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras utilizando o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) (IPEA, 2011). Essa pesquisa trabalha com um sistema de indicadores sociais para verificação de como a população avalia os serviços de utilidade pública e o grau de importância deles para a sociedade. Dentre os serviços avaliados no SUS, o atendimento na ESF foi avaliado por 80,7 % dos entrevistados como bom ou muito bom. O atendimento prestado em centros de saúde e o atendimento de urgência ou emergência foram os serviços com avaliações mais negativas. Foram bem avaliados os serviços em que o acesso é previamente agendado ou rotineiro, como consultas com médicos especialistas acessíveis, distribuição gratuita de medicamentos e atendimento em saúde da família. Nesses casos, a percepção da qualidade (ou satisfação) do

atendimento é positiva e o problema, quando relatado, refere-se a obter acesso ao atendimento, ou ao medicamento necessário, em um período de tempo considerado razoável. A falta de médicos e a demora no atendimento foram os problemas mais mencionados. A principal razão para a adesão a um plano de saúde suplementar está relacionada com a maior rapidez para realizar consulta ou exame e à liberdade para a escolha do médico que fará o atendimento. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços.

Dentro desse contexto, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASIS; JESUS, 2012). Observa-se uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de acesso, deixando de focar somente a questão da entrada nos serviços para incorporar também os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Percebe-se também que ele deixa de ser tratado em bases estritamente quantitativas (número de atendimentos e rendimento das horas profissionais), passando a levar-se em conta aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento no sistema, envolvendo elementos tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados, bem como os valores que existem no território (STARFIELD, 2002).

Vários estudos (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010) apontam o acolhimento na APS como mais um procedimento técnico burocratizado, geralmente realizado por técnicos de enfermagem, servindo como um filtro para definir o acesso aos serviços. Essa concepção não condiz com a diretriz do acolhimento, que deveria proporcionar uma ação de aproximação às reais necessidades dos usuários, tecendo uma rede de

conversações (TEIXEIRA, 2003) em toda a atividade assistencial, servindo como uma ferramenta para organização dos serviços, principalmente para o atendimento da demanda espontânea. Barbosa *et al.* (2013) propõe que o acolhimento deve ser entendido em três sentidos: como postura assumida pelos profissionais, como técnica capaz de gerar procedimentos organizados e como princípio orientador revelando um projeto institucional.

O objetivo deste artigo é apresentar como os usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura da ESF em uma grande cidade brasileira, avaliam o acesso a esses serviços e quais suas percepções a respeito da qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde que consideramos elemento fundamental para legitimação, ou não, da APS como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

Metodologia

Neste artigo, apresenta-se parte dos resultados de uma pesquisa avaliativa sobre arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção primária em uma grande cidade do estado de São Paulo, financiada pelo Programa de Pesquisa em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, através do convênio entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e o Sistema Único de Saúde. Tal estudo realizou-se como uma avaliação de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 1989), de caráter participativo (FURTADO; CAMPOS, 2008), conduzido com base na hermenêutica Gadameriana (GADAMER, 2007) como postura metodológica, cujo desenho qualitativo utilizou a técnica de Grupos Focais (GF) (GONDIM, 2002; MIRANDA; FERRER; ONOCKO CAMPOS, 2008) para a coleta de informações. Foram analisadas seis UBS dos dois distritos de saúde mais populosos da cidade, que apresentavam — no momento de coleta das informações para escolha das UBS — os piores

índices socioeconômicos e alta taxa de vulnerabilidade social (IBGE, 2006). Também foram incluídas características estruturais e dados de produção semelhantes das UBS, a fim de evitar dimensões díspares quanto aos recursos instalados e à área de abrangência.

Foram realizados quatro GF com usuários dos serviços pesquisados. A seleção dos usuários incluiu adultos de ambos os sexos, que conhecessem a UBS há mais de seis meses, que tivessem utilizado o serviço de saúde pelo menos três vezes no último semestre (antes da realização dos grupos) e que apresentassem interesse e desejo em participar do estudo. Pretendeu-se, assim, selecionar verdadeiros utilizadores dos serviços em estudo.

Para contemplar os objetivos da pesquisa avaliativa que pretendia avaliar arranjos e estratégias inovadores implantados na rede de atenção primária em busca da melhora da eficácia do SUS através da melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de acidente vascular cerebral (AVC); da articulação entre as redes de APS e de saúde mental e da efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde optou-se por convidar seis usuários com hipertensão e seis usuários portadores de transtornos mentais para cada GF.

Além dos critérios de seleção descritos acima, considerou-se que um dos quatro GF foi composto exclusivamente por usuários que compunham os Conselhos Locais de Saúde (CLS), convidados pelos gestores das unidades envolvidas. Os outros três GF não continham usuários dos CLS. A escolha desses usuários foi realizada pelo próprio serviço, que elegeu um dia para convidar os usuários que chegassem ao serviço para participar do estudo, caso estivessem dentro dos critérios de inclusão. Tentou-se dessa maneira evitar uma indicação direta do usuário pelo profissional do serviço.

Todos os grupos tiveram um coordenador e um anotador e obedeceram a um roteiro preestabelecido. Cada grupo, em média, teve oito participantes e foram realizados em locais

próximos das UBS estudadas a fim de facilitar a participação dos sujeitos da pesquisa.

Os encontros dos grupos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra. Para análise e interpretação, foram construídas narrativas (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008) a partir das transcrições, utilizando-se o referencial teórico de Ricoeur (1990). Os núcleos argumentais de cada narrativa foram analisados, realizando-se, posteriormente, uma comparação entre as narrativas, a fim de identificar as diferenças e semelhanças entre elas. Esse processo longo e trabalhoso obrigou os pesquisadores envolvidos a passar várias vezes pelo mesmo lugar, trabalhando os conteúdos avaliados repetidas vezes, gerando o movimento da espiral interpretativa, como propõe a hermenêutica de Gadamer (2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (em 25/9/2007, registro nº 562/2007) e todos os sujeitos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a declaração de Helsinki.

Resultados e discussão

Os usuários declaram procurar as UBS quando apresentam algum problema de saúde, pois consideram o atendimento melhor do que em outros locais a que têm acesso. No entanto, queixam-se da demora do atendimento e, conseqüentemente, da resolução de seus problemas de saúde:

Quando estamos com algum problema procuramos o médico daqui do posto. Eles são bons, o problema é a tal da agenda que demora pra ser aberta, então às vezes vamos ao Pronto Socorro. (narrativa de usuários).

Quando ficamos doentes, alguns de nós vamos ao Pronto Socorro, pois achamos que tem mais condições que o Posto. Mas, a maioria vai ao posto mesmo, por que consideramos o atendimento melhor. Quando eles não dão jeito, nos encaminham,

principalmente quando é o caso de alguma especialidade. O problema é que os encaminhamentos são muito demorados, leva até um ano pra gente ser atendido. (narrativa de usuários).

Os usuários descrevem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, como também o próprio processo de atendimento no serviço (seja este agendado ou não). Atribuem essas dificuldades à falta de profissionais médicos e à alta rotatividade dos mesmos nas UBS. O acolhimento é apontado como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas o criticam por constituir-se em uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico.

Quando chegamos ao posto com algum problema, primeiro passamos pela recepção, que define se vamos passar com o enfermeiro. Este, por sua vez, vai escutar nosso problema e decidir se passamos pelo médico ou não. Muitas vezes, o enfermeiro conversa com o médico que nem nos examina e já passa o remédio, ou manda pro pronto socorro ou marca uma consulta. Esse é o modo como funciona o acolhimento, mas quando o caso é grave chamam o médico. (narrativa de usuários).

No posto, não gostamos deste negócio de ficha ou senha, é muito número e burocracia, é número pra isso, número pra aquilo; você chega pra medir pressão e tem que ficar 3 horas esperando. Imagina quem mede 3 vezes ao dia, fica o dia todo no posto. A gente acha que é rápido, 30 minutos, mas demora; pra pegar remédio é a mesma coisa (...). (narrativa de usuários).

Marques e Lima (2007) também apontam a burocratização das ações e procedimentos na atenção primária, afirmando que muitas vezes se perde a noção das necessidades da pessoa (cidadão), das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento.

Em alguns grupos, os usuários referem chegar ainda de madrugada no serviço para garantir uma senha de atendimento. No entanto, nem sempre conseguem uma consulta médica, ou mesmo um 'acolhimento' inicial às suas queixas.

Temos que chegar de madrugada, por que às 7h já não tem mais senha. E mesmo com a senha, na maioria das vezes somos atendidos depois das 10h. À tarde, é praticamente impossível conversar com alguém do posto, caso a gente tenha algum problema de saúde e não tenha consulta agendada. Acharmos que todo mundo que chega ao posto de saúde, seja às 4 horas da manhã ou ao meio dia, tem que ser atendido, pelo menos pelo acolhimento de um auxiliar de enfermagem. (narrativa de usuários).

Na visão dos usuários, a super-regulação do acesso à consulta médica feita pelos profissionais da enfermagem, aliada à impressão pessoal de que o seu problema de saúde seja urgente, faz com que busquem outra maneira de resolver seus problemas, preferindo buscar atendimento na urgência ou no nível secundário:

Só quando é consulta a gente acompanha lá no posto. Se for coisa simples a enfermeira mesmo resolve. Ela faz a consulta, conversa, faz as anotações na ficha. Se ela não puder resolver, ou ela fala com o médico e ele dá a receita, ou o médico vem te atender. Funcionário, até que tem bastante no posto. O que falta é médico. Quando a gente precisa de alguma coisa mais urgente, é melhor ir direto no hospital, porque chega lá no posto eles querem te passar com a enfermeira, aí joga para um, joga para outro, até que a enfermeira diz que vai te fazer a receita. Mas cadê o médico? Nem conversar com ele ela conversou... Como é que pode atendimento assim? Não é que o posto rejeite paciente, mas se um exame complicou eles vão te mandar para qualquer outro canto, porque geralmente coisas complicadas têm que resolver fora. E também tem uma ordem: primeiro você tem que chegar no seu posto de saúde, só depois você é encaminhado. (narrativa de usuários) .

Tal postura dos usuários, com certeza, contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências. No entanto, parece presumível que, diante das dificuldades de acesso aos serviços da Atenção Básica, os usuários tentem outras formas para conseguir atendimento. A cultura de procurar os hospitais para atendimento de casos que deveriam ser resolvidos pela Atenção Básica não é uma questão inerente ou exclusiva do sistema de saúde brasileiro. Estudos (LEGA; MENGONI, 2008; STEEL, 1995) apontam que essa situação é frequente, sendo difícil reverter essa tendência. Lega e Mengoni (2008) apostam que talvez fosse necessário potencializar algumas características próprias da APS (como o vínculo, a longitudinalidade da atenção), a fim de incentivar as pessoas a procurarem os médicos de família. a coordenação de casos pela APS poderia estreitar as relações com o nível secundário, viabilizando acesso mais rápido a exames e procedimentos diagnósticos. Barbosa *et al.* (2013) apontam que alguns profissionais que trabalham na APS apresentam baixa capacidade de tomar decisões e de visualizar problemas e suas possíveis soluções. Schwartz *et al.* (2010) se deparam com questões muito semelhantes e ressaltam a importância do diálogo e do acolhimento das demandas da população adscrita da ESF aproveitando esse momento para informar de maneira clara e acessível a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, o poder de resolução da APS, a forma de organização e o cardápio de opções que o serviço tem a oferecer. Para eles, não está claro para a população o processo de descentralização da rede de serviços, havendo falta de informação e dificuldades na questão da referência e contrarreferência.

Outra questão que se destaca a partir da fala dos usuários é a referência biomédica para o próprio cuidado em saúde, que aparece quando afirmam que só os médicos poderão resolver seus problemas de

saúde. Isso também repercute na maneira como lidam com a autonomia e formas de negociação do tratamento, uma vez que delegam quase tudo ao saber médico. Tal achado também se apresenta no estudo de Coelho e Jorge (2009).

A partir dessa posição de ‘usuários/pacientes’, resignados à espera de uma resposta médica aos seus problemas de saúde, é possível entender quando eles próprios se culpam pelo mau atendimento nos serviços da Atenção Básica. Essa culpa e conformismo dos usuários pelo descaso na qualidade da assistência foram achados em outra pesquisa (TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004).

Achamos que as pessoas que seguem direitinho as recomendações são mais bem tratadas do que as que não tomam os remédios direito, não participam de algum grupo indicado, etc. Por isso, para alguns de nós, a culpa pelo mau atendimento no posto é dos próprios pacientes, pois se fizerem o tratamento que o médico manda certinho, eles vão ficar contentes e nos atenderão bem. (narrativa de usuários).

Por outro lado, os usuários parecem reconhecer que a organização do trabalho na APS proporciona maior agilidade para os casos de maior risco e vulnerabilidade:

O padrão é fazer o exame e caso dê alterado alguém liga na casa convocando e marcando com o médico. se não der alterado você só vai saber na próxima consulta, e é sempre com o mesmo médico (narrativa de usuários).

Tem que ter paciência, o posto não é particular, é atendimento do SUS. (...) Mas o pessoal lá do posto nunca esquece do nosso endereço, da nossa casinha, vão sempre avisar do que precisa, vão na nossa casa com o maior cuidado. Demora sim, as consultas demoram. Caso urgente logo tem resposta, os outros é que vão ter que esperar. Ainda bem que nem todo mundo fica doente no mesmo dia! (narrativa de usuários)

Os usuários sabem quais são as pessoas que os atendem e demonstram conhecer o funcionamento dos serviços, referindo-se às equipes de referência divididas por regiões. Reclamam quando falta médico nas equipes de referência, sobrecarregando os médicos das outras equipes. Também referem que gostariam de poder escolher o profissional que vai atendê-los:

Às vezes temos mais empatia por um médico que atende na equipe diferente da nossa e isso é ruim, porque gostaríamos de ser atendidos por ele, pois nos sentimos melhores, mais acolhidos (narrativa de usuários).

Há o reconhecimento positivo sobre o trabalho das equipes de referência (CAMPOS, 1999): afirmam que é eficaz e contribui para a formação de vínculo entre profissionais e usuários. No entanto, seria necessário pensar modelos de organização com maior flexibilidade na atribuição dessas referências, levando-se em consideração o respeito à escolha do usuário e seu desejo de querer ser atendido por determinado profissional.

Os usuários atribuem muita importância às consultas médicas e, quando as conseguem, afirmam que esperam por um bom atendimento, sobretudo por mais atenção durante as consultas:

Quando vamos à consulta com o médico, falamos sobre nossa doença. Esperamos um bom atendimento e também que nossos problemas sejam solucionados. (...) Tem médico que nem olha na cara da gente, não diz o que a gente tem e já passa remédio. Tem médico que é uma delicadeza: conversa, escuta, é assim muito amigo, conversa de outro assunto, tem um diálogo. Não está ali como um robô, só para te dizer: “olha, você está isso e aquilo, precisa parar de comer isso e tchau, acabou sua consulta”. Eles têm que ser mais prestativos. Têm que nos escutar e perguntar (...). E mesmo assim, ele pode perguntar de tudo, mas eu só vou falar sobre o que eu quiser falar com ele. Para a gente se abrir, vai depender do médico, não é com qualquer

médico que a gente fala. você não vai se abrindo só porque ele é médico. tem que ter confiança... (narrativa de usuários).

Barbosa *et al.* (2013) destacam a importância da escuta e do diálogo entre o sujeito demandante e o profissional de saúde, pois esse diálogo possibilitaria que a intersubjetividade entrasse em ação ajudando a combater as práticas de fragmentação da assistência e objetivação dos sujeitos, concretizadas em ações mecanizadas e desumanas. Apontam que apesar dos profissionais demonstrarem afinidades com o trabalho executado, revelam pouca sensibilidade com relação às necessidades reais da comunidade e identificação dos verdadeiros problemas, o que permitiria uma transformação no sentido de melhorar o acesso e o cuidado da população. A relação usuário-profissional deveria estar baseada na mudança de paradigma, isto é, encampar os princípios da saúde coletiva, tendo como foco a saúde e não a doença.

Percebemos diferenças entre as narrativas dos grupos de usuários sem história de participação na gestão e narrativa do grupo de usuários que desempenhavam função de conselheiros de saúde. Ocorreram diferenças em relação à avaliação dos serviços pesquisados, principalmente no tocante ao acesso, à qualidade do atendimento e à resolução dos problemas de saúde da população.

Os problemas relatados pelos usuários dos três grupos não eram enfrentados pelos usuários conselheiros, que disseram não sentir dificuldades em conseguir uma consulta médica. Os usuários conselheiros afirmaram estar satisfeitos em relação ao atendimento de suas necessidades. Alegavam, todavia, não possuir nenhuma regalia no acesso aos serviços pelo fato de desempenharem tal função de representação social. Demonstraram conhecer o funcionamento dos serviços e os fluxos de encaminhamentos:

Quando precisamos de atendimento procuramos primeiro o posto de saúde, pois se formos no

P.S. sabemos que eles irão exigir um documento comprovando nossa passagem primeiro pelo posto. Somos encaminhados quando precisamos de consulta de um especialista, ou mesmo quando precisamos fazer um exame mais específico. Acharmos que os postos que frequentamos dão o atendimento necessário para a população. É claro que problemas sempre existem e são 'normais', como falta de remédios e de médicos. A população também nunca se contenta com o que tem, sempre reclama de alguma coisa, mas a gente vê o esforço das coordenadoras para conseguir melhorias, completar as equipes e sempre procuramos levar isso para a população. Para nós o atendimento é muito bom. (narrativa de usuários, conselheiros).

Chama atenção a facilidade com a qual 'normalizam' as faltas e a sua solícita compreensão com os problemas da gestão e, por outro lado, culpam a população. Sanchez e Ciconelli (2012) apontam alguns estudos que demonstram que o nível educacional, a bagagem cultural, as crenças e a relação do indivíduo com o sistema de saúde definirão a liberdade e o modo de utilização dos serviços de saúde, o que se traduz em melhores ou piores condições de acesso. McIntyre e Mooney (2007) afirmam que o tipo de informação que o profissional de saúde e o usuário possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Os usuários conselheiros afirmam que a maioria das queixas que recebem é em relação à demora pelo atendimento na UBS, demora em conseguir consulta com especialistas e também para realização de exames. Concordam que esses pontos deveriam ser melhorados e dizem lutar por isso. Afirmam que essa demora tem a ver com a falta de profissionais (principalmente de médicos) nas UBS. Outro problema levantado pelos conselheiros refere-se à continuidade do tratamento, pois alegam que muitas pessoas ficam à deriva, sem referência alguma quando um profissional sai do serviço, prejudicando sobremaneira as pessoas que

sofrem de doenças crônicas e que necessitam de acompanhamento sistemático.

Os usuários conselheiros dizem que é muito difícil a população participar das reuniões do Conselho Local de Saúde, mesmo utilizando recursos como convites, cartas e agendamento prévio. No entanto, sentem que representam as necessidades da população, referindo orientar as pessoas, fiscalizar o dia a dia dos serviços e acompanhar o andamento das reclamações.

Por outro lado, foi recorrente a fala de usuários nos três outros grupos focais dizendo que não se sentem representados pelos seus pares conselheiros, muitos nem sabem quem são as pessoas que ocupam esse lugar. Acham o Conselho lento e burocrático e dizem que quando querem reclamar procuram o coordenador do serviço ou a ouvidoria da prefeitura. No entanto, também não sentem que seus problemas sejam ouvidos, alegando que: *“quando a gente queixa, eles [coordenadores] podem fazer o que quiser conosco”* (narrativa de usuários).

Martins *et al.* (2008) identificam uma série de problemas na questão da participação social e da representatividade dos conselhos, na medida em que muitas vezes acontecem ingerências políticas na escolha de conselheiros, o que levam estes a não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Apontam também o fato de os conselhos serem pouco conhecidos e seu trabalho pouco divulgado. A maioria da população desconhece os objetivos, as funções e a atuação do conselho, o que produz um distanciamento e não participação nas decisões. Essa situação induziria os gestores e autoridades públicas a desqualificarem o papel dos conselheiros, assumindo o controle das atividades e transformando o conselho em instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, não potencializando o conselho como dispositivo de alteração das relações de poder entre sociedade e Estado.

Conclusão

Um problema crônico do SUS está ligado à inadequada política de pessoal em geral e à falta de profissionais médicos em particular. A definição em manter a porta aberta para quem chega com demandas na APS não deve ser confundida, necessariamente, com garantia de acesso. O acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutive para o tipo de problema de saúde do usuário. As dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam servindo como alibi para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS. Concebemos acesso como acesso ao sistema de saúde nos seus diversos níveis de atenção.

Nas narrativas dos usuários, percebe-se que não está consolidada a incorporação do modelo proposto pela ESF. Identifica-se uma oscilação entre demandas muito centradas no paradigma biomédico, cujas ações exigidas são curativas e sempre centradas na figura do médico e outras demandas que revelam a incorporação de um modelo ligado à proposta da saúde coletiva, que considera a prevenção. Percebe-se ainda que, para muitos usuários, o acesso ao sistema de saúde é sinônimo de acesso ao profissional médico, sendo que as diversas ações realizadas antes desse contato são entendidas como formas de triagem, de represamento da demanda com relação a um tipo de profissional que é escasso. A ESF tenta contrapor essa lógica ainda dominante, inserindo na equipe multiprofissional aspectos preventivos e de promoção à saúde, além de uma relação humanizada, valorizando o vínculo entre profissionais e população.

É possível que a mudança de compreensão por parte da população, a respeito da importância das diversas ‘clínicas’ na área da saúde e da necessidade do estabelecimento de fluxos e regulações, possa melhorar por meio de uma atividade pedagógica

desenvolvida pela própria equipe no sentido de apresentar para os usuários evidências de eficácia de práticas que se contraponham a lógica biomédica. Como já foi apontada, a questão da informação do usuário poderia ser pensada como uma estratégia contínua de transformação da lógica do sistema. Percebe-se a necessidade de trocas e diálogos entre os profissionais — que são portadores de saberes técnico-científicos — e a população, de modo que possa ser construído de forma compartilhada um conceito sobre o processo saúde-doença. Barbosa *et al.* (2013) identificam a necessidade de que esse contato não seja baseado numa relação de poder autoritária onde haja imposição e persuasão pela autoridade do profissional, mas, ao contrário, seja uma relação dialógica em que haja espaço para uma verdadeira troca, possibilitando a construção de novos sentidos, significados individuais e coletivos sobre o processo ‘saúde-doença-cuidado’.

O estudo sugere, porém, alguns aspectos que podem explicar as críticas apresentadas aos serviços da APS pela população. Nenhum sistema universal do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Discussões sobre a ampliação e qualificação da clínica não deveriam ofuscar esse grave entrave do sistema brasileiro. A adscrição de usuários realizada em base territorial, como estimula a ESF, também poderia ser flexibilizada. Os usuários se manifestaram claramente contra a impossibilidade de escolher o seu médico e sua equipe em particular. Outros sistemas universais operam também com a lógica da adscrição, porém liberam os seus usuários para se cadastrar onde e com quem preferirem e aceitam mudanças com certa periodicidade. A longitudinalidade (e, portanto, a construção de vínculo) mostrou-se fragilizada pela não fixação dos profissionais. O recurso ao acolhimento, inicialmente pensado para humanizar o primeiro contato com os usuários e para qualificar a avaliação de risco, transformou-se em mais uma barreira

para os usuários, como demonstrado neste estudo. Essa constatação confirma diversos outros estudos sobre a questão do acolhimento (GOMES; PINHEIRO, 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA *ET AL.*, 2008).

Percebeu-se uma distância entre as opiniões do GF dos usuários participantes dos CLS e os usuários dos demais GF. Quando se construiu a proposta da pesquisa, pensou-se em formar um GF com conselheiros para identificar a postura desse grupo, pois tinha-se como hipótese que ele seria mais esclarecido e mais crítico, haja vista o engajamento político e a proximidade maior com os profissionais, com a lógica de funcionamento da UBS e do SUS. No entanto, algumas falas dos usuários conselheiros surpreenderam a equipe de pesquisa. Apesar da participação no GF confirmar que os conselheiros conheciam mais profundamente a estrutura de funcionamento da unidade e esse conhecimento propicia, inclusive, maior condição de acesso ao sistema, algumas de suas falas revelaram um descolamento com relação ao fato de continuarem a ser usuários do sistema e uma identificação com o discurso de uma parcela dos profissionais dos serviços que culpam a própria população pela dificuldade de acesso. A falta de educação do povo e certa desorganização impediriam que os usuários ‘obedecessem’ as regras do serviço. Percebe-se uma retórica que, de certa maneira, justifica a postura ‘obediente’ frente aos trabalhadores da saúde e particularmente aos médicos e que aponta para a necessidade de se trabalhar muito ainda em termos de consciência sobre os direitos cidadãos na população brasileira. Chama atenção esse achado em se tratando de uma grande cidade da região sudeste do país, com uma tradição de rede de serviços consolidada, o que faz pensar que a situação em regiões desfavorecidas possa ser ainda mais grave.

Ponto forte: Este estudo trouxe à tona as reflexões e pensamentos da população usuária sobre o acesso possível em UBS de uma grande cidade de forma crítica superando a mera

categoria de 'satisfação' dos usuários. A relativa complacência com que esses usuários se declaram em relação às dificuldades de acesso e continuidade da atenção faz-nos refletir sobre a fragilidade da categoria satisfação de usuários para estudos da realidade brasileira.

Possível viés: O convite aos membros do grupo de usuários conselheiros pela gestão das UBS pode ter influenciado as declarações destes usuários conselheiros, excessivamente empáticos com os problemas da gestão. ■

Referências

- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BEZERRA, R. C. R. *Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde*. Tucson, 2004. ms.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- . *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. D. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. D. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.
- CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, 2009.
- FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.
- GADAMER, H. G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; S. E., LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.) (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas de população: estimativas para 1º de julho de 2006*. Rio de Janeiro; 2006 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>>. Acesso em: 14 set. 2011.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de indicadores de percepção social*. Brasília, DF: Ipea, 2011.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.
- LEGA, F.; MENGONI, A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, New York, v. 88, n. 2-3, p. 326-38, Dec 2008.
- MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, Londres, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan 2006.
- MARQUES, G. Q. LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção a saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011.
- MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Ed). *The economics of health equity*. New York: Cambridge University, 2007.
- MIRANDA L., F. M. D., FERRER A.L., ONOCKO CAMPOS R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 249-277.
- ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata*. 6-12 de setembro de 1978. URSS. <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.
- SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Cienc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SOUZA, E. C. F. D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

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

STEEL, J. Inappropriate--the patient or the service? *Accid Emerg Nurs*, New York, v. 3, n. 3, p. 146-149, 1995.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas, Sao Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-40, 2007.

TEIXEIRA, R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R, M. R. O. (Ed.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p.89-111.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl 3, p. 3615-3624, 2010.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Pesquisa em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde, através do convênio entre a FAPESP, CNPq e SUS. Processo nº 61411-4.

Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários

Evaluation of the control of hypertension and diabetes in primary care: perspective of professionals and users

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹; Lídy Tolstenko Nogueira²; Maria Guadalupe Medina³

RESUMO Pesquisa por triangulação de métodos com o objetivo de avaliar o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e usuários de Caxias (MA). Os profissionais foram contraditórios quanto aos aspectos positivos e negativos do Plano, quando citaram os mesmos itens, como medicamentos e exames, ora elogiando o acesso gratuito, ora abordando a falta constante e dificuldades de acesso. Quanto aos usuários, 64,1% avaliaram a assistência recebida como boa. Concluiu-se que importantes iniciativas precisam ser implementadas para melhorar o Plano, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos e intensificação do rastreamento e acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; *Diabetes mellitus*.

ABSTRACT Research by triangulation of methods aiming to evaluate the Care Reorientation Plan for Hypertension and Diabetes, in the perspective of health professionals and users from Caxias (MA). The professionals were contradictory regarding the positive and negative aspects of the Plan, when mentioning the same items such as medicines and exams, sometimes praising the free access, other times, addressing the constant shortage and the difficulties of access. Regarding the users, 64.1% evaluated the care received as good. It was concluded that important initiatives need to be implemented to improve the Plan, such as the expansion of the variety and amount of drugs and intensification of tracking and monitoring.

KEYWORDS Evaluation in health; Primary Health Care; Hypertension; *Diabetes mellitus*.

¹Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. Coordenadora de Atenção Primária e Vigilância em Saúde – Caxias (MA), Brasil. francidalmafilha@gmail.com.

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. lidyatn@gmail.com

³Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Pesquisadora da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. medina@ufba.br

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus* (DM), além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (OMS, 2005).

Dentre essas, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças.

A esse respeito, sabe-se que a prevalência referida de hipertensão na população brasileira na faixa etária de 15 anos ou mais é de 18%, e de diabetes, de 3,6%. No Maranhão, a prevalência estimada de HAS em indivíduos nessa faixa etária é de 13,1%, o que representa 14.949 doentes em Caxias (MA). Quanto ao diabetes, a estimativa para a mesma população é de 3,3%, que equivale a 3.765 diabéticos em Caxias (MA) (IBGE, 2010).

O Ministério da Saúde estima que no município de Caxias (MA) existam cerca de 22.000 hipertensos e 5.000 diabéticos (BRASIL, 2006A; 2006B). Entretanto, no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SIS-HiperDia), em vigor até 2013, estavam cadastrados, no ano de 2012, 7.768 hipertensos e 3.132 diabéticos, entre os quais 2.585 também apresentavam hipertensão.

A grande defasagem entre as estimativas epidemiológicas e os dados dos serviços relativos ao cadastro de pacientes com hipertensão e diabetes demonstra a baixa efetividade das ações de controle desses problemas, especialmente no âmbito da Atenção Básica, e revela também a necessidade de um acompanhamento mais intenso das atividades realizadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.

O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário parece crucial para desvendar a natureza e as especificidades relacionadas às dificuldades de êxito das ações de controle implementadas no âmbito da Atenção Básica. Por esse motivo, este estudo teve como objetivo avaliar o Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, implementado nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Caxias (MA), na perspectiva de profissionais de saúde e usuários, e apoiou-se nas seguintes questões norteadoras: como os profissionais da Estratégia Saúde da Família avaliam suas ações voltadas aos usuários com hipertensão

e/ou diabetes? As atividades desenvolvidas por esses profissionais estão em conformidade com as normas do HiperDia? Como os usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliam as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde?

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com três eixos de investigação, utilizando triangulação de métodos (MINAYO, 2005): a) avaliação de conformidade (ou normativa), em que foram analisadas as ações desenvolvidas pelos profissionais por referência ao que está preconizado nos documentos do HiperDia; b) análise da percepção de profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica e c) análise da percepção de usuários que vivenciam a assistência.

O cenário desta investigação foi o município de Caxias (MA) com uma população de 155.129 habitantes (IBGE, 2012). Segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, o município contava, em 2012, com 58 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana e 11 da zona rural.

Foram sujeitos desta pesquisa profissionais e usuários dos serviços de Atenção Básica. Quanto aos profissionais, participaram do estudo 28 médicos, 32 enfermeiros, 32 auxiliares/técnicos de enfermagem e 32 agentes comunitários de saúde. De posse da lista nominal desses sujeitos, com base nos dados cadastrais dos profissionais em cada UBS do município, foi selecionado, por meio de sorteio, um representante de cada categoria profissional por UBS. Quatro médicos se negaram a participar do estudo. Quanto aos usuários, foi realizada uma amostra aleatória simples, sendo a unidade amostral o usuário registrado no HiperDia. De acordo com o relatório do SIS-HiperDia (2012), existiam 10.900 hipertensos e/ou diabéticos cadastrados. Para o cálculo amostral, aplicou-se

a fórmula a seguir, conforme Fonseca e Martins (1996):

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado. ($Z_{\alpha/2} = 1,88$)

p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria de interesse para o estudo.

q = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria de interesse para o estudo ($q = 1 - p$).

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (p).

Assim:

$$n = \frac{10900 \times 0,033 \times 0,967 \times (1,88)^2}{0,033 \times 0,967 \times (1,88)^2 + 10899 \times (0,01)^2}$$

$$\Rightarrow n = \frac{347,8299 \times 3,5344}{0,031911 \times 3,5344 + 10899 \times (0,0001)}$$

$$n = \frac{1229,3699}{0,1127862 + 1,0889} \quad n = \frac{1229,3699}{1,2016862}$$

$$n = 1023$$

A moldura da amostragem teve a enumeração de 1 a N. A amostra final constou de 1.024 usuários. Esse tamanho de amostra (n) permitiu estimar o parâmetro com margem de erro tolerável de 1% e nível de confiança de 94%.

A avaliação de conformidade foi feita por referência às atribuições específicas para cada categoria profissional, estabelecidas nos protocolos do HiperDia. Para avaliação da percepção dos profissionais, foi realizada uma entrevista semiestruturada que considerou as atividades desenvolvidas na UBS e/ou na comunidade referentes ao Plano, as estratégias utilizadas para aumentar o número de usuários cadastrados e intensificar o acompanhamento, a realização de ações de educação em saúde, aspectos positivos e negativos do HiperDia, conforme realizado em Caxias (MA), e a avaliação da assistência prestada.

Quanto aos usuários, foi aplicado um formulário com perguntas fechadas que considerou o grau de instrução, faixa etária, tempo de realização do tratamento, dificuldades para realizar a terapêutica, participação em atividades de educação em saúde, frequência de realização de consultas e exames, dieta alimentar e avaliação da assistência recebida.

Foi realizada análise descritiva dos dados quantitativos, com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 18.0 for Windows)*. Para a análise dos dados qualitativos foram feitas, como proposto por Bardin (1979), leituras das falas dos sujeitos ao longo da entrevista, detendo-se ora na análise mais imediata do conteúdo exposto, ora nas teias de relações que se evidenciavam entre diferentes pontos do tema em discussão. Toda essa leitura e o que dela adveio foi cuidadosamente anotado, com vistas a se identificar o seu significado naquele tópico e na pesquisa como um todo. Finalmente, esse processo produziu a organização do conteúdo em categorias conforme sua abrangência e importância para a pesquisa e agrupadas em aspectos positivos e negativos do HiperDia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02870.045.000-10.

Resultados e discussão

O Plano de Reorientação da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, é uma grande iniciativa e uma importante ferramenta para reestruturar o atendimento aos doentes e proporcionar uma assistência resolutiva e de qualidade a todos os usuários captados por intermédio da Atenção Básica.

A esse respeito, conforme o SIS-HiperDia (2012), observou-se que no estado do Maranhão 99% de seus 217 municípios fizeram adesão ao HiperDia, embora uma pesquisa desenvolvida por Castro et al., (2010) tenha revelado que 21,9% dos municípios maranhenses que faziam parte do Plano não apresentavam números no sistema, isto é, mesmo que desenvolvessem as ações aos hipertensos e/ou diabéticos, tais informações não eram enviadas.

Além disso, uma pesquisa realizada na Atenção Básica em Caxias (MA) demonstrou que 55% dos hipertensos entrevistados desconheciam a hipertensão e não sabiam caracterizá-la quanto à cura e 37,5% apresentaram episódios de internações hospitalares decorrentes do descontrole pressórico, o que demonstra a importância de uma assistência sistematizada, resolutiva e individualizada, buscando desenvolver nos usuários o aumento do saber sobre a doença e a prevenção de complicações e sequelas (MOUSINHO; MOURA, 2008).

Ressalta-se que o funcionamento do HiperDia em Caxias (MA) revela limitações que, de fato, podem prejudicar o sucesso do Plano: o fornecimento de medicamentos é atrelado à Farmácia Básica do município e, nem sempre, a distribuição supre a necessidade de todos os usuários; o HiperDia não possui financiamento próprio; não existem veículos para a realização de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde na comunidade e não há distribuição de materiais educativos sobre a HAS e o DM.

Avaliação de conformidade

O quadro 1 mostra que, entre as 16 atribuições específicas aos médicos nos protocolos do HiperDia, esses profissionais informaram a realização de apenas cinco. Assim, seis (21,4%) citaram a realização de atividades de Educação em Saúde; 10 (35,7%) a orientação sobre os fatores de risco da hipertensão e do diabetes; 22

(78,5%) a prescrição de medicamentos e 12 (42,8%) a solicitação de exames. Nenhum médico referiu a implementação de ações, como rastreamento de HAS e DM, prescrição de terapias não medicamentosas, encaminhamento aos serviços de referência e avaliação da qualidade do cuidado aos doentes.

Os enfermeiros citaram a realização de oito ações, quando existem, pelo menos 19

Quadro 1. Atribuições preconizadas pelo HiperDia e ações realizadas por médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Atribuições	Profissionais			
	Médicos		Enfermeiros	
	*P	*R n(%)	*P	*R n(%)
Realizar atividades de Educação em Saúde individuais e coletivas	X	6(21,4)	X	18(56,2)
Orientar sobre os fatores de risco da HAS e do DM	X	10(35,7)	X	14(43,7)
Fazer registros em cartões de aprazamento	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Rastrear a HAS e o DM	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Verificar o comparecimento dos usuários às consultas na UBS	X	0(0,0)	X	12(37,5)
Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Registrar dados do atendimento em prontuários e fichas específicas	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Ajudar o paciente a seguir orientações alimentares e de exercício físico	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Realizar consultas médicas para confirmação diagnóstica	X	22(78,5)	-	-
Prescrever medicamentos e tomar a decisão terapêutica	X	25(89,2)	-	-
Prescrever tratamento não medicamentoso	X	0(0,0)	-	-
Observar a presença de complicações e sequelas	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Solicitar exames de acompanhamento	X	12(42,8)	X	18(56,2)
Encaminhamento aos serviços de referência	X	0(0,0)	X	11(34,3)
Organizar a participação de toda a equipe no tratamento do doente	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Avaliar a qualidade do cuidado prestado e planejar ações aos doentes	X	0(0,0)	X	0(0,0)
Realizar consultas de enfermagem para acompanhamento	-	-	X	28(87,5)
Capacitar auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS	-	-	X	0(0,0)
Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências	-	-	X	0(0,0)
Encaminhamento às consultas médicas	-	-	X	11(34,3)
Verificar: PA, glicemia, peso, estatura, circunferência abdominal	-	-	X	5(15,6)
Orientar sobre automonitorização: glicemia, PA e aplicação da insulina	-	-	X	0(0,0)

Fonte: Brasil (2006a; 2006b)

Legenda: P: atribuições preconizadas; *R: ações realizadas em número e porcentagem. -: não são atribuições.

preconizadas. Nesse sentido, 18 profissionais (56,2%) informaram a realização de atividades educativas; 14 (43,7%) a orientação sobre os fatores de risco da HAS e do DM; 12 (37,5%) a observação do comparecimento dos usuários às consultas; 18 (56,2%) a solicitação de exames; 11 (34,3%) o encaminhamento aos serviços de referência; 28 (87,5%) a realização de Consultas de Enfermagem e cinco (15,6%) a verificação de PA, glicemia e medidas antropométricas. Nenhum enfermeiro mencionou registro em prontuários e cartões de aprazamento, organização e capacitação da equipe, avaliação do cuidado prestado, prescrição de medicamentos e orientação sobre automonitorização de PA e glicemia.

Observou-se que as ações realizadas distanciam-se do que é indicado nos protocolos do HiperDia, fato que demonstra o desconhecimento desses profissionais acerca das normas e rotinas, a resistência a realizá-las e/ou a não percepção de sua importância, embora seja disponibilizado material impresso, distribuído em todas as UBS do município, anualmente, conforme a Coordenação da Atenção Básica.

A esse respeito, Costa, Silva e Carvalho (2011) referem que no HiperDia médicos e enfermeiros têm realizado o rastreamento da população de risco para esses dois agravos, entretanto, não há seguimento integral das recomendações do MS e, de acordo com Medina e Hartz (2009), falta preparo para lidar com hipertensos e/ou diabéticos. Por isso, enfatizam a importância da adoção de medidas para a capacitação desses profissionais, visando prepará-los para um atendimento eficiente, efetivo e eficaz.

O quadro 2 exibe as atribuições preconizadas pelo HiperDia aos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, comparando com o que tais profissionais afirmaram realizar no cotidiano da SF.

Em se tratando dos auxiliares/técnicos de enfermagem, verificou-se que, entre as 14 atribuições, essa categoria afirmou que desenvolvem sete, assim referidas: seis (18,7%)

profissionais indicaram a realização de atividades educativas; três (9,3%) a orientação acerca dos fatores de risco; 15 (46,8%) o registro em cartões de aprazamento e em fichas específicas; 23 (71,8%) a verificação de PA, glicemia e medidas antropométricas; nove (28,1%) a orientação sobre automonitorização de PA, glicemia e aplicação de insulina e 24 (75%) o fornecimento de medicamentos.

Quanto aos ACS, das 12 atribuições preconizadas eles informaram a efetivação de duas: realização de atividades de educação em saúde, referido por 28 profissionais (87,5%), e orientação dos usuários sobre os fatores de risco da HAS e DM, apontada por 11 (34,3%).

Os auxiliares/técnicos de enfermagem, quando atuam especificamente no controle de doenças crônicas, a captação ativa de demanda geralmente é realizada mensurando-se, inicialmente, a pressão arterial de todos os indivíduos que chegam à UBS. Em seguida, em se verificando alterações, são agendadas consultas e também são implementados procedimentos de enfermagem e orientações sanitárias nos domicílios (ESPÓSITO, 2011).

Em um estudo desenvolvido por Medina e Hartz (2009), averiguou-se a participação efetiva do ACS, com o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, sobretudo por meio de visitas domiciliares e grupos educativos, assemelhando-se ao que informou essa categoria profissional nessa pesquisa, quando citaram atividades de educação em saúde e orientações.

Neste trabalho verificou-se que os profissionais de saúde realizam importantes atividades junto aos hipertensos e/ou diabéticos, mas, em geral, não planejam essas ações, nem existe uma continuidade na oferta. Além disso, pouco se observa o trabalho em equipe no rastreamento e busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos e na implementação das ações coletivas, que, quando são realizadas, partem principalmente da iniciativa de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, demonstrando que o HiperDia não tem sido desenvolvido em sua plenitude e, em geral,

Quadro 2. Atribuições preconizadas pelo HiperDia e ações realizadas por auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuantes na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Atribuições	Profissionais			
	AT		ACS	
	*P	*R n(%)	*P	*R n(%)
Realizar atividades de Educação em Saúde individuais e coletivas	X	6(18,7)	X	28(87,5)
Orientar as pessoas sobre os fatores de risco da HAS e DM	X	3(9,3)	X	11(34,3)
Fazer registros em cartões de aprazamento	X	11(34,3)	X	0 (0,0)
Rastrear a HAS e o DM	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Verificar o comparecimento dos usuários às consultas na UBS	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Estabelecer estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Registrar dados do atendimento em prontuários e fichas específicas	X	4(12,5%)	-	-
Ajudar o paciente a seguir orientações alimentares e exercício físico	-	-	X	0 (0,0)
Observar a presença de complicações e sequelas	-	-	X	0 (0,0)
Verificar níveis de PA, glicemia e medidas antropométricas	X	23(71,8)	-	-
Orientar sobre monitorização: glicemia, PA e aplicação da insulina	X	9(28,1)	-	-
Encaminhamento às consultas de enfermagem	X	0 (0,0)	X	0 (0,0)
Cuidar de tensiômetros e glicosímetros e solicitar manutenção	X	0 (0,0)	-	-
Orientar sobre a realização dos exames solicitados	X	0 (0,0)	-	-
Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição	X	0 (0,0)	-	-
Fornecer medicamentos para pacientes em tratamento	X	24(75)	-	-
Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa	-	-	X	0 (0,0)
Verificar se o paciente usa regularmente os medicamentos	-	-	X	0 (0,0)
Estimular os pacientes a organizarem-se em grupos de autoajuda	-	-	X	0 (0,0)

Fonte: Brasil (2006a; 2006b)

Legenda: A/T: auxiliares/técnicos de enfermagem; ACS: agentes comunitários de saúde. P: atribuições preconizadas; *R: ações realizadas em número e porcentagem. -: não são atribuições.

as atribuições indicadas pelo MS para cada categoria profissional distanciam-se da realidade da SF no município.

Percepção dos profissionais de saúde sobre o HiperDia

Os dados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais da SF, quanto ao seu desempenho no Plano, foram

organizados em um quadro, no qual se dispuseram as percepções destes profissionais quanto aos aspectos positivos e negativos do HiperDia. Dessa maneira, os achados dispostos no quadro foram separados em colunas que demonstram as interlocuções de cada categoria profissional: médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Verificou-se que os profissionais de saúde contradiziam suas próprias respostas e,

Quadro 3. Aspectos positivos e negativos do HiperDia segundo os profissionais de saúde. Caxias, MA, 2012

Aspectos abordados	Profissionais				Total n(%)
	M n(%)	E n(%)	AT n(%)	ACS n(%)	
Positivos					
Medicamento gratuito	6(21,4)	11(34,3)	7(21,8)	12(37,5)	36(29,0)
Medicamentos nas Farmácias Populares	-	-	6(18,7)	2(6,2)	8(6,4)
Acesso aos exames	3(10,7)	5(15,6)	-	-	8(6,4)
Adesão dos usuários ao tratamento	3(10,7)	2(6,2)	1(3,1)	-	6(4,8)
Maior preocupação com a própria saúde	-	-	3(9,3)	4(12,5)	7(5,6)
Realização de atividades Educativas	-	-	12(37,5)	-	12(9,6)
Intensificação do acompanhamento	-	5(15,6)	5(15,6)	8(25,0)	18(14,5)
Aumento de cadastros no HiperDia	4(14,2)	1(3,1)	2(6,2)	4(12,5)	11(8,8)
Diminuição de sequelas e óbitos	5(17,8)	4(12,5)	5(15,6)	4(12,5)	18(14,5)
Outros aspectos positivos	-	4(12,5)	-	5(15,6)	9(7,2)
Nenhum aspecto positivo	4(14,2)	2(6,2)	1(3,1)	1(3,1)	8(6,4)
Negativos					
Falta de medicamentos	10(35,7)	24(75,0)	21(65,6)	18(56,2)	73(58,8)
Defasagem nos tipos de medicamentos	4(14,2)	3(9,3)	2(6,2)	-	9(7,2)
Dificuldades na marcação de exames	-	3(9,3)	-	-	3(2,4)
Falta de adesão ao tratamento	10(35,7)	5(15,6)	6(18,5)	8(25,0)	29(23,3)
Desconhecimento sobre HAS e DM	6(21,4)	-	-	-	6(4,8)
Falta de atividades de educação em saúde	-	1(3)	1(3,1)	2(6,2)	4(3,2)
Falta de insumos necessários	1(3,5)	2(6,2)	-	-	3(2,4)
Outros aspectos negativos	7(25,0)	5(15,6)	3(9,3)	2(6,2)	17(13,7)
Nenhum aspecto negativo	2(7,1)	1(3,1)	2(6,2)	2(6,2)	7(5,6)

Fonte: Elaboração própria

Legenda: * M: médicos; E: enfermeiros; AT: auxiliares/técnicos de enfermagem; ACS: agentes comunitários de saúde.

aquilo que consideravam aspecto positivo em um momento, em outro representavam como negativo, conforme se observa em relação aos medicamentos: enquanto 44 trabalhadores (35,4%) referiram esse item como positivo, no que tange à gratuidade e à sua dispensação nas Farmácias Populares, para 82 sujeitos (66%) esse item é negativo pela falta constante e defasagem nos tipos ofertados. O mesmo ocorre em relação aos exames disponíveis aos usuários: enquanto oito profissionais (6,4%)

consideram seu acesso um aspecto positivo, para três (2,4%), a dificuldade na marcação é um item negativo, revelando uma relação de contradição nas respostas.

De modo semelhante, 13 profissionais (10,4%) referiram a adesão ao tratamento e a preocupação com a própria saúde como aspecto positivo. Em contrapartida, 35 (28,1%) mencionaram a falta de adesão à terapêutica e desconhecimento dos usuários acerca da HAS e o do DM como aspecto negativo.

Ademais, 59 (47,5%) citaram as atividades de educação em saúde, intensificação no cadastramento e acompanhamento e diminuição de sequelas como itens positivos e sete (5,6%) atribuíram à falta de ações educativas e de insumos necessários ao atendimento, aspectos negativos, conforme se constata nas falas a seguir:

a) Acesso a medicamentos e exames:

“A medicação gratuita nos postos de saúde e na Farmácia Popular é positivo. Porque eles não podem comprar” (E5). *“O recebimento do medicamento e dos exames é positivo”* (ACS18). *“A falta de medicação é negativo, porque os pacientes não têm dinheiro pra comprar, aí a pressão e a glicemia descontrolam”* (M7). *“A dificuldade na marcação de alguns exames e a demora na entrega dos resultados é negativo”* (E17). *“A gente não consegue acompanhar o paciente com exame laboratorial. Aí não avalia a função renal e cardíaca, isso é negativo”* (E18).

O acesso irrestrito e igualitário aos medicamentos e exames necessários ao controle da HAS e do DM é um direito dos usuários. Nesse sentido, o MS disponibiliza uma lista com a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), indicados nestes tipos de tratamento (BRASIL, 2006A; 2006B).

O fornecimento gratuito de medicamentos tem se revelado como um dos mais importantes aspectos do tratamento desses usuários e constitui a base na qual o HiperDia se alicerça, sobretudo porque a terapêutica medicamentosa não tem sido aliada a outras terapias não medicamentosas. Nesse sentido, a ausência ou a distribuição desse insumo em quantidade inferior às necessidades da população leva ao tratamento incompleto ou abandono,

Ressalta-se que, quando a UBS deixa de ofertar o medicamento, os usuários interrompem o tratamento, pois na maioria das vezes não podem adquiri-lo. Em estudo realizado por Oliveira (2010), constatou-se que 84,5% dos hipertensos e/ou diabéticos viviam com uma

renda mensal inferior a um salário mínimo, o que dificultava a compra da medicação.

Os exames laboratoriais são fundamentais no diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos e podem ser solicitados tanto por médicos quanto pelos enfermeiros, a depender dos protocolos assistenciais do município. Em Caxias (MA), foram traçadas normas para tais solicitações, cujos exames indicados no HiperDia são: Hemograma, Urina, Creatinina, Potássio, Glicemia, Colesterol total, Triglicerídeos e Eletrocardiograma.

desse modo, percebeu-se que existem cotas para a realização de exames laboratoriais nesses pacientes e, em geral, são identificados problemas, como a quantidade inferior à demanda e o tempo de entrega dos resultados. Também se visualizaram intercorrências quanto ao encaminhamento de usuários aos especialistas, devido à demora no agendamento, que conforme Costa, Silva e Carvalho (2011) compromete a qualidade da atenção ofertada.

b) Realização de educação em saúde, aumento de cadastros, intensificação do acompanhamento, diminuição de complicações e sequelas

“Aumentaram os cadastrados e melhorou o acompanhamento, isso é positivo” (M12). *“Um ponto positivo é que o HiperDia está ajudando muitos hipertensos e diabéticos a evitar complicações, como o AVC e o pé diabético”* (M20). *“O positivo é a melhoria na qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. O controle da doença”* (ACS27). *“Positivo são as reuniões em grupo, palestra no colégio e às vezes tem aquele lanchinho pra que eles se animem”* (AT11). *“Negativo é que faltam muitos insumos pra acompanhar esses pacientes, além de insulina e seringas”* (M2). *“Realizamos poucas atividades de educação em saúde, isso é negativo.”* (E 10)

No contexto da atenção à saúde, é fundamental entender o que ocorre na vida dos

usuários antes, durante e após utilizarem os serviços de saúde. Donabedian (1980) salienta que a identificação dos níveis de saúde e doença das pessoas bem como de sua satisfação, são duas das principais formas de mensurar os resultados do cuidado.

O processo de educação em saúde é, antes de tudo, um procedimento político em que a metodologia aplicada deve favorecer a aquisição de conhecimentos, além de desalienar e emancipar os sujeitos envolvidos. Isso exige que a ação educativa não seja exclusivamente informativa, mas que produza modificações, levando os usuários a refletirem sobre suas vidas e sua saúde, compreendendo a aquisição de hábitos saudáveis, inclusive, como um direito social (ESPÓSITO, 2011).

Percepção de usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre o HiperDia

A *tabela 1* evidencia que a periodicidade das consultas médicas e de enfermagem é, principalmente, semestral, conforme 335 usuários (32,7%); os exames são realizados anualmente, conforme 373 pacientes (36,4%) e 451 (44%) relatam não ter dificuldades para realizar o tratamento indicado.

A frequência com que a maioria dos usuários afirmou realizar as consultas médicas e/ou de enfermagem distancia-se em parte do que é recomendado pelo MS e isso pode repercutir no monitoramento dessas doenças e distanciar profissionais de saúde e usuários. Por esse motivo, aconselha-se que todos os hipertensos e/ou diabéticos que não apresentam controle dos níveis tensionais e/ou glicêmicos e com lesões em órgãos-alvo ou comorbidades, realizem consultas trimestrais e aqueles controlados e sem sinais de lesões e comorbidades frequentem as consultas semestralmente (BRASIL, 2006A; 2006B).

Observou-se que 373 sujeitos (36,4%) realizam exames laboratoriais anualmente e 369

(36%) semestralmente, podendo indicar dificuldade de acesso a esses recursos pela demora na marcação e/ou recebimento dos resultados, ou ainda nos obstáculos encontrados para se deslocarem à central de marcação de exames, sobretudo os residentes na zona rural.

A esse respeito, de acordo com as normas e rotinas do MS, os exames devem ser solicitados pelo médico e/ou enfermeiro após a avaliação e não existe um período determinado para a solicitação, devendo ocorrer conforme a necessidade (BRASIL, 2006A; 2006B).

Em se tratando das dificuldades referidas para a realização do tratamento, 277 (27%) destacaram a falta constante de medicamentos nas UBS, outrora também assinalada pelos profissionais de saúde. Um dos fatores contribuintes para esse problema é o fato de o MS estimar a presença de cerca de 26.000 hipertensos e/ou diabéticos no município, porém 10.900 encontravam-se cadastrados, prejudicando a previsão e a provisão de medicamentos (SIS-HIPERDIA, 2012).

Para contribuir com essa problemática, um levantamento realizado pela Coordenação da Atenção Básica em Caxias (MA) evidenciou déficit em relação ao quantitativo de medicamentos utilizados. Além disso, o município é polo regional e, por isso, fornece medicamentos para usuários de cidades circunvizinhas, atendendo ao princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde. Em estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006), 57,8% dos hipertensos e/ou diabéticos relataram não receberem, por meio da Farmácia Básica, todo o medicamento de que necessitavam, precisando, então, comprá-lo.

Ademais, nas entrevistas realizadas com os profissionais dessa pesquisa verificou-se, o anseio quanto à terapêutica prescrita, pois para eles alguns dos fármacos distribuídos pela Farmácia Básica não produzem o efeito que muitos pacientes precisam, exigindo a prescrição de outros medicamentos, os quais os usuários não conseguem comprar.

A *tabela 2* mostra que, de acordo com 552 usuários (53,9%), o ACS é o profissional que

mais os orienta; 729 sujeitos (71,2%) afirmaram nunca terem participado de atividades educativas. A assistência recebida foi avaliada como boa por 656 usuários (64,1%), conforme tabela a seguir.

De acordo com as atribuições específicas para os profissionais da SF, o ACS representa o elo entre o usuário e a equipe, de forma a

encorajar a participação ativa do hipertenso e/ou diabético, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular (BRASIL, 2006A; 2006B).

Conforme Medina e Hartz (2009), o ACS revelou-se o principal mediador da relação entre o serviço e a população com um papel

Tabela 1. Aspectos ligados ao tratamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos na Atenção Básica. Caxias, MA, 2012

Variáveis	N	%
Periodicidade entre consultas		
Mensal	99	9,6
Bimestral	96	9,4
Trimestral	191	18,7
Semestral	335	32,7
Anual	215	21,0
Intervalo > 1 ano	39	3,8
Esporádica	49	4,8
Total	1.024	100,0
Frequência na realização de exames laboratoriais		
Trimestral	198	19,4
Semestral	369	36,0
Anual	373	36,4
A cada 2 anos	25	2,4
Intervalo > 2 anos	46	4,5
Esporádica	13	1,3
Total	1.024	100,0
Dificuldades em realizar o tratamento		
Nenhuma	451	44,0
Falta frequente de medicamentos na UBS	277	27,0
Falta de profissionais na UBS	19	1,9
Residir distante da UBS	33	3,2
Não compreender a doença	72	7,1
Não utilizar medicamentos da Farmácia Básica	124	12,1
Outras dificuldades	48	4,7
Total	1.024	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Aspectos ligados à assistência recebida por usuários hipertensos e/ou diabéticos na Atenção Básica. Caxias, MA, 2011

Variáveis	n	%
Pessoas que mais orientam sobre HAS e/ou DM		
Agente comunitário de saúde	552	53,9
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	58	5,7
Enfermeiro	231	22,6
Médico	140	13,6
Cirurgião dentista	2	0,2
Familiares/amigos/outras pessoas	41	4,0
Total	1.024	100,0
Participação em atividades de educação em saúde		
Nenhuma	729	71,2
Palestra	261	25,5
Dramatização	8	0,8
Atendimento em Grupo	22	2,1
Outras atividades	4	0,4
Total	1.024	100,0
Avaliação da assistência recebida na Atenção Básica		
Excelente	71	6,9
Boa	656	64,1
Regular	229	22,4
Ruim	46	4,5
Péssima	22	2,1
Total	1.024	100,0

Fonte: Elaboração própria

importante na circulação das informações, como avisar a população sobre atividades, agendar as consultas, entregar exames, trazer à UBS relatos de problemas da população e também as informações sistemáticas relacionadas aos usuários e suas famílias.

O enfermeiro foi apontado como o segundo profissional a orientar os usuários acerca das doenças, com 22,6% das respostas. A orientação é uma das competências mais relevantes desse profissional. Em uma investigação desenvolvida por Bezerra *et al.*, (2008), a consulta

de Enfermagem foi aprovada por 90% dos usuários e foi percebida por enfermeiras e pacientes como contribuinte para o controle do diabetes, consistindo numa oportunidade de favorecer a adesão terapêutica e intensificar as orientações fornecidas.

Outro aspecto que chama atenção é que 71,2% dos usuários nunca participaram de atividades de educação em saúde voltadas especificamente para a HAS e o DM. A este respeito, Fernandes e Backes (2010) referem que a educação em saúde é reconhecida

pelos profissionais de saúde como uma responsabilidade, contudo sua prática se depara com entraves culturais e ainda recebe pouco destaque no cotidiano de trabalho.

A relação profissional-usuário deve ser permeada pela educação em saúde, o que possibilita o empoderamento dos indivíduos para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar, com base no pressuposto de que todo profissional de saúde deve ser um educador e, sobretudo, libertador, emancipador e transformador.

Quanto à assistência recebida na Atenção Básica, 64,1% dos usuários avaliaram como boa. Esse resultado revela que as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das ações no HiperDia não desmerecem a assistência recebida. De modo semelhante, Paiva, Bersusa e Escuder (2006) verificaram que os índices de satisfação do usuário hipertenso e/ou diabético e percepção da resolatividade na Atenção Básica foram favoráveis, em torno de 66%.

Considerações finais

Diante do exposto, reconhece-se que importantes iniciativas precisam ser implantadas para melhorar o HiperDia, como a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos, a intensificação do rastreamento de doentes, o melhoramento do acompanhamento de usuários diagnosticados e a descentralização dos pontos de coleta de exames, sobretudo na zona rural, para facilitar o acesso a tais serviços.

É importante também envolver a rede de assistência social, como os Centros de Convivência de Idosos e Centros de Referência da Assistência Social, para difundir o conhecimento acerca da hipertensão e do diabetes, abordando os perigos advindos do controle inadequado, suas principais complicações e sequelas e a efetivação dos serviços de referência e contrarreferência.

Destaca-se, ainda, a necessidade de intensificar as ações de capacitação dos profissionais com vistas a estabelecer um atendimento qualificado e vinculação aos hipertensos e/ou diabéticos sob sua responsabilidade sanitária. Além disso, essas atividades devem envolver a equipe multiprofissional, instigando em cada trabalhador em saúde o interesse e a participação no tratamento, monitoramento e avaliação dos usuários, além de assegurar o fortalecimento da Atenção Básica. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 1997.

BEZERRA, N. M. C. et al. Consulta de Enfermagem ao diabético no Programa Saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 86-95, jan./mar., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, fev. 2008.

CASTRO, N. G. et al. HiperDia: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. *Cad Pesq*, São Luís, v. 17, n. 2, p. 77-83, maio/ago., 2010.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-33, jan./fev., 2011.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: ———. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. I, p.77-125.

ESPÓSITO, V. H. C. Formação como ação educativa: buscando sentidos – estudos de natureza fenomenológica e hermenêutica. In: SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C. *Educação e Saúde: cenários de pesquisa e intervenção*. São Paulo: Martinari, 2011. p. 25-48.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago., 2010.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G.A. *Curso de Estatística*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. 2012. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

———. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MEDINA, M. G.; HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro-RJ, v. 25, n. 5, p. 1153-1167, maio, 2009.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-52.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão Arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-216, nov./dez., 2008.

OLIVEIRA, S. G. *Caracterização dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em serviço de urgência e emergência no município de Dourados-MS*. 2010. 46f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. OMS: Geneva, 2005.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. P. S. ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2 p. 377-385, fev., 2006.

SIS-HIPERDIA. 2012. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários

Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users

¹Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora do Curso de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) – Sobral (CE), Brasil. socorromelo@ig.com.br

²Cursando especialização em Saúde do Adolescente pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral – Sobral (CE), Brasil. danielle_msmelo@yahoo.com.br

³Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) – Sobral (CE), Brasil. Assessora Técnica da Qualidade do Hospital Regional Norte – Sobral (CE), Brasil. juliana.nugesp@gmail.com

⁴Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Sobral (CE), Brasil. maiapinto@yahoo.com.br

⁵Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Curso de Medicina, do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Sobral (CE), Brasil. marcelo.gurgel@uece.br

Maria do Socorro Melo Carneiro¹, Danielle Maria Sousa Melo², Juliana Mendes Gomes³, Francisco José Maia Pinto⁴, Marcelo Gurgel Carlos da Silva⁵

RESUMO Esta pesquisa objetiva avaliar a coordenação do sistema de saúde exercida pela atenção primária mediante a aplicação do PCATool. Foi Realizada de agosto de 2010 a maio de 2012, envolvendo os Centros de Saúde da Família de Sobral (CE). Participaram 98 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 607 usuários. Para análise estatística dos dados utilizou-se o SPSS 19.0. Os profissionais têm conhecimento sobre a procura de seus usuários aos serviços especializados, no entanto, há deficiência na contrarreferência para a atenção primária. A utilização do prontuário familiar foi avaliada positivamente. Assim, é necessário fortalecer a comunicação entre a rede de atenção, buscando a integração do sistema.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Integração de sistemas.

ABSTRACT This study aims to assess the coordination of the health system exercised by primary care through the application of the PCATool. It was conducted between August 2010 and May 2012, involving the Family Health Centers in Sobral, Ceará. 98 professionals from the Family Health Strategy and 607 users participated. For the statistical analysis of the data, SPSS 19.0 was used. Professionals are aware of on users seeking specialized services; however, there is deficiency in the counter-reference for primary care. The use of the family medical record was positively assessed. Thus, it is necessary to strengthen communication within the care network, seeking the integration of the system.

KEYWORDS Health evaluation; Primary Health Care; Systems integration.

Introdução

Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constituir-se no primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Sobral (CE), cenário deste estudo, ocorreu em 1997. A ESF é responsável por uma cobertura de 94% da população e representa toda a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município (SOBRAL, 2010).

O crescimento e progressiva ampliação da cobertura da ESF trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. Isso reflete também na qualidade de seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes (BRASIL, 2005).

Para que se compreendam as ações, programas e políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos. Para Bodstein (2009), a institucionalização da avaliação em todos os níveis do sistema de saúde é importante em busca da cultura da reflexividade sobre as ações realizadas.

Para o contexto de avaliação da APS e sua função no sistema de saúde, faz-se necessário compreender seus atributos, conforme propostos por Starfield (2002), estando esses definidos como essenciais e derivados. Dentre os essenciais estão: o primeiro contato, acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os derivados englobam orientação familiar e orientação comunitária.

Dentro deste cenário, surge o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), método desenvolvido pela *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados.

Foi concebido para obter informações de usuários, cuidadores de crianças e profissionais de saúde sobre sua experiência no uso dos recursos da saúde (SHI, STARFIELD, JIAHONG, 2001).

Considerando o papel estratégico da APS enquanto ordenadora do sistema de saúde, reconhece-se a necessidade de avaliar como está estruturada a coordenação no que concerte à integração de cuidados e sistema de informação.

Para Starfield (2002), a coordenação é um estado de harmonia fruto de um esforço em comum. Para tanto, tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento e necessidades atuais. Sem a coordenação a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa.

Para Giovanella *et al.* (2009), integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que envolvem sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Para uma melhor coordenação, é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e responsabilidade da atenção primária, secundária e terciária, bem como trabalhe com o vínculo entre elas. Também é importante que os serviços, em cada nível de atenção, sejam organizados para atender às necessidades dos seus usuários (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária à Saúde funciona como coordenadora da rede e, dessa forma, objetiva a atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis e com responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população. As redes de atenção à saúde funcionam de forma cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos (MENDES, 2010).

A integração da rede de serviços requer a existência de um serviço de procura regular, no qual a APS deve constituir-se como a

porta de entrada preferencial, com garantia de acesso aos outros níveis de atenção e a adoção de estratégias que associem ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002).

Giovanella *et al.* (2009) pontuam como iniciativas exitosas de integração da rede os investimentos em tecnologias de informação e comunicação, com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos. A constituição de fóruns integrados de discussão entre a Atenção Básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial são estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede.

A integração dos serviços em redes deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Dessa forma, promove economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evita duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados (CARVALHO ET AL., 2008).

A APS, enquanto responsável pela atenção à saúde de seus usuários, constitui-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho multiprofissional com abordagem integral, garantindo o acesso a qualquer outro ponto do sistema para atender às necessidades de cada usuário. Dessa forma, responsabiliza-se por esse usuário, independentemente do nível de atenção, ordenando, assim, o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

Partindo da importância e necessidade de investimentos em pesquisas avaliativas e reconhecendo que a coordenação exercida pela APS contribui para conhecer sua qualidade, optou-se pela utilização do PCATool neste estudo, de forma a responder à seguinte questão: a coordenação nos serviços de APS em Sobral (CE) é percebida por usuários e profissionais de saúde como desenvolvida com qualidade, em obediência aos atributos preconizados por Starfield (2002)?

A opção por essa ferramenta deu-se por ser um instrumento que em outras pesquisas mostrou sua utilidade e capacidade de alcançar os objetivos de avaliação da APS.

Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da APS no município de Sobral (CE) por meio da verificação do atributo coordenação, mediante a aplicação do PCATool aos profissionais da ESF e usuários do serviço. Buscou-se estratificar as unidades avaliadas por escores de qualidade, identificando as variáveis associadas ao alto escore de qualidade atribuídos por usuários e profissionais de saúde aos serviços e verificando possíveis variações da qualidade da APS segundo a localização geográfica do Centro de Saúde da Família (CSF), sede ou distritos.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa. Esse tipo de estudo corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ; SILVA, 2008).

O estudo foi realizado em Sobral no período de agosto de 2010 a maio de 2012. Sobral é um município situado na região Noroeste do Ceará, cuja população corresponde a 188.233 habitantes, sendo 166.310 residentes na sede e 21.923 nos distritos (zona rural) (IBGE, 2010). A APS encontrava-se estruturada com 48 equipes da ESF, distribuídas em 28 CSF, sendo 15 localizados na sede e 13 nos distritos. Todos os CSF participaram do estudo (SOBRAL, 2011). A escolha pelo município deu-se por ser uma referência na estruturação da APS e pela alta cobertura assistencial atingida.

A população do estudo foi composta de dois grupos: usuários adultos, com idade superior a 20 anos, e profissionais médicos e enfermeiros da ESF. Do total de 121 profissionais, optou-se por trabalhar na amostra com todos os inseridos nos CSF que apresentavam tempo de atuação no referido serviço igual ou

superior a um ano e que aceitassem participar da pesquisa, resultando numa amostra de 98 profissionais, sendo 67 lotados na sede (14 médicos e 53 enfermeiros) e 31 nos distritos (quatro médicos e 27 enfermeiros).

Para os usuários adultos, foi adotado como critério de inclusão que o tempo de utilização do serviço avaliado fosse superior a um ano. Obteve-se uma amostra final de 607 usuários, resultante da estratificação proporcional por localização dos CSF, utilizando-se a seguinte fórmula para população finita (COCHRAN, 1977):

$$n = \frac{N \sum Nh Ph Qh}{N^2 V + \sum Nh Ph Qh}$$

Como instrumento para coleta de dados, foi aplicado um questionário para os usuários do serviço e profissionais de saúde tendo como base o PCATool, validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O instrumento contempla os atributos essenciais e derivados da APS. Neste estudo, o atributo abordado foi a coordenação: integração de cuidados e sistema de informação. Todas as respostas são do tipo Likert, onde: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro.

A aplicação aos profissionais foi feita pela pesquisadora nos CSF, Secretaria de Saúde ou Escola de Saúde da Família. Com relação aos usuários, a coleta foi realizada em seus domicílios, onde, além da pesquisadora, participaram mais 23 auxiliares de pesquisa devidamente capacitados, sendo 18 estudantes de graduação em enfermagem e 5 enfermeiros.

A seleção dos usuários procurou contemplar os diferentes perfis da população presentes numa área adscrita. Inicialmente, dividia-se a quantidade de usuários a participar da pesquisa no referido território pelo número de ACS do CSF equivalente, o que variou de um a três usuários por área de ACS, sorteados os bairros. Era selecionado apenas

um domicílio por bairro. No bairro sorteado, o décimo domicílio era o selecionado para a pesquisa. Esse número foi definido por sorteio. Se o domicílio estivesse fechado ou o usuário não se encontrasse dentro dos critérios de inclusão, o da direita era a primeira escolha e o da esquerda, a segunda e assim sucessivamente. Somente um usuário participava do estudo em cada domicílio.

Para apresentação e análise dos resultados, os CSF foram divididos em: CSF localizados na sede e CSF localizados nos distritos. Para o cálculo dos escores do atributo foi utilizada a média dos valores das respostas dos itens.

Nos casos em que o entrevistado respondeu mais de 50% de respostas '9' ('não sei / não lembro'), os seus escores não foram calculados. Já quando a soma de respostas '9' ('não sei / não lembro') era inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor '9' foi convertido para valor '2' ('provavelmente não'). Essa transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

Na transformação dos escores numa escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula (BRASIL, 2010):

$$\frac{[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})}$$

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o programa *Microsoft Excel*, obtendo-se as médias do atributo nos CSF sede e distrito referente aos profissionais e usuários. O alto escore de APS foi apontado considerando quando o escore geral foi igual ou maior que 6,6, visto que o referido ponto de corte equivale, numa escala de 1 a 4, ao escore 3.

O aplicativo utilizado para as análises estatísticas foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foram realizados cruzamentos tendo como variáveis a localização dos CSF (sede e distrito) e os itens que compõem o atributo coordenação da APS. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado

para análise dos cruzamentos. Na impossibilidade da utilização desse, optou-se pelo teste de Máxima Verossimilhança para as correlações que apresentaram mais de 20% das caselas com frequência esperadas maiores do que cinco.

Os resultados foram apresentados por meio de gráficos, que evidenciaram os escores obtidos por cada CSF a partir das respostas dos profissionais de saúde e usuários. Optou-se pela elaboração de tabelas e quadros sintéticos para apresentar as análises estatísticas dos cruzamentos das variáveis.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, onde recebeu a devida aprovação. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo anuíram sua inserção neste por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando a resolução 196/96.

Resultados

Perfil dos participantes

O perfil dos profissionais mostra, com relação ao tempo de formação, que na sede a maioria, 21 (30,4%), possui entre 6 e 10 anos e nos distritos, 10 (34,5%), mais de 15 anos. A titulação revelou a grande maioria de profissionais especialistas, totalizando 75 (76,5%).

O tempo de atuação na ESF mostrou que a maioria possui mais de 10 anos, sendo na sede o equivalente a 25 (36,2%) e nos distritos, 16 (55,2%). Já sobre o tempo de atuação no CSF atual, na sede prevalece o intervalo de um a dois anos, 20 (29%) e nos distritos a grande maioria possui mais de seis anos, 17 (58,6%).

No que se refere ao perfil dos usuários da ESF, observou-se que a maioria era do sexo

feminino, correspondendo ao total de 540 (89,0%). Com relação ao tempo de residência na área atual, mais da metade possui 10 anos ou mais, respondendo por 256 (54,9%) na sede e 103 (73%) nos distritos.

Verificou-se que o ensino fundamental incompleto foi o detectado por 237 (39%) do total de usuários pesquisados. Na renda familiar, o intervalo entre um e dois salários mínimos foi o mais destacado, com 304 (65,2%) na sede e 90 (63,8%) nos distritos. Ao observar a quantidade de pessoas que habitam na residência, a maioria, 262 (43,2%), possui entre quatro e cinco.

Coordenação: integração de cuidados

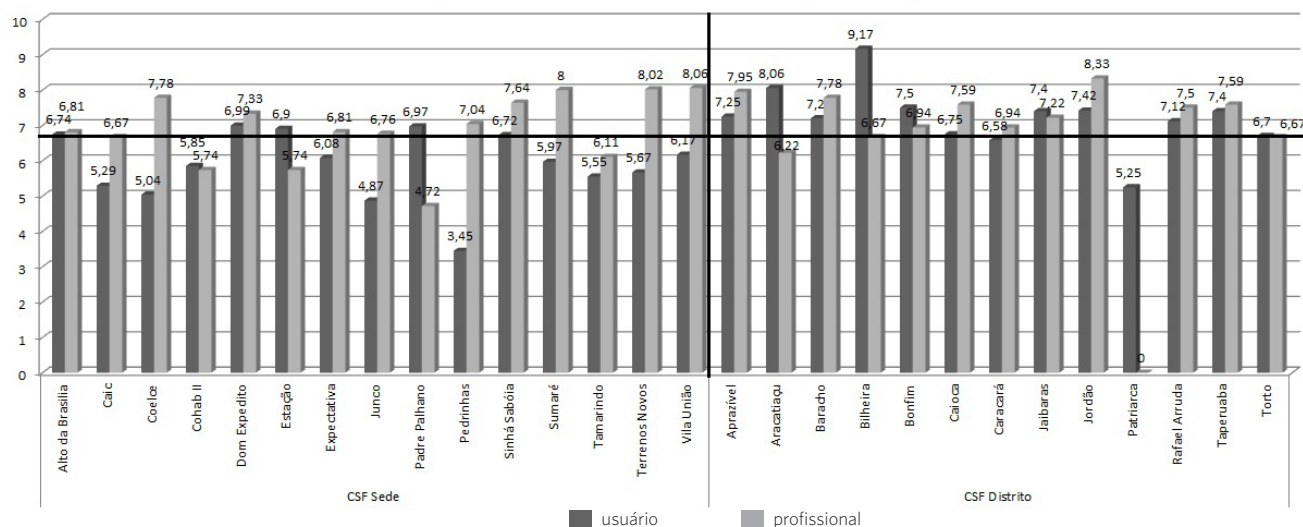
O *gráfico 1*, a seguir, apresenta as médias de escores no atributo coordenação: integração de cuidados nos CSF da sede e distritos, obtidos tendo como respondentes os profissionais de saúde e usuários.

No que se refere à coordenação: integração de cuidados, dentre os CSF da sede, quatro unidades estiveram com baixo escore, de acordo com a opinião dos profissionais. Já com relação aos usuários, das quinze unidades, onze estiveram com baixo escore, mostrando grande diferença entre as percepções dos dois grupos de respondentes.

A coordenação: integração de cuidados, referente aos CSF dos distritos, já mostra semelhança nas percepções tanto dos profissionais quanto dos usuários, revelando ainda uma satisfatória avaliação desses, na qual a maioria das unidades obteve alto escore da APS.

A análise estatística das variáveis que compõem o atributo coordenação: integração de cuidados está apresentada na *tabela 1*.

Gráfico 1. Avaliação do atributo coordenação: integração dos cuidados no CSF sede e distritos segundo profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012



No que se refere à coordenação: integração de cuidados, relacionada aos profissionais de saúde, nenhuma das variáveis apresentou-se significativa ao nível de significância de 5%.

Ao observar as frequências relativas e

absolutas das variáveis, a maioria destas apresentou respostas 'com certeza sim' / 'provavelmente sim' dentre as mais frequentes, com exceção da que aborda se o profissional do CSF recebe do especialista informações sobre

Tabela 1. Análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: integração de cuidados, referente aos profissionais de saúde, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P
	N	%	N	%	N	%	Valor
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?							0,384
Com certeza, não	10	10,2	7	10,1	3	10,3	
Provavelmente, não	27	27,6	22	31,9	5	17,2	
Provavelmente, sim	47	48,0	30	43,5	17	58,6	
Com certeza, sim	12	12,2	8	11,6	4	13,8	
Não sei/não lembro	2	2,0	2	2,9	-	-	
Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?							0,493
Com certeza, não	3	3,1	3	4,3	-	-	
Provavelmente, não	3	3,1	2	2,9	1	3,4	
Provavelmente, sim	33	33,7	24	34,8	9	31,0	
Com certeza, sim	59	60,2	40	58,0	19	65,5	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	

Tabela 1. (cont.)

Alguém de seu CSF ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	0,316					
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-
Provavelmente, não	-	-	-	-	-	-
Provavelmente, sim	17	17,3	14	20,3	3	10,3
Com certeza, sim	80	81,6	54	78,3	26	89,7
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	0,280					
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-
Provavelmente, não	3	3,1	3	4,3	-	-
Provavelmente, sim	26	26,5	16	23,2	10	34,5
Com certeza, sim	68	69,4	49	71,0	19	65,5
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?	0,362					
Com certeza, não	29	29,6	20	29,0	9	31,0
Provavelmente, não	49	50,0	34	49,3	15	51,7
Provavelmente, sim	19	19,4	15	21,7	4	13,8
Com certeza, sim	1	1,0	-	-	1	3,4
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
Após a consulta com o especialista, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	0,637					
Com certeza, não	1	1,0	1	1,4	-	-
Provavelmente, não	9	9,2	7	10,1	2	6,9
Provavelmente, sim	43	43,9	28	40,6	15	51,7
Com certeza, sim	45	45,9	33	47,8	12	41,4
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria

o paciente encaminhado. Nessa, a resposta da maioria dos profissionais foi ‘provavelmente não’ 49 (50,0%), sendo 34 (49,3%) na sede e 15 (51,7%) nos distritos.

A *tabela 2* contempla a análise estatística dos cruzamentos das variáveis do atributo coordenação: integração de cuidados, obtidos a partir dos usuários.

Entre os usuários que utilizaram o serviço especializado, apenas as variáveis que abordam se algum profissional ajudou o usuário a

marcar a consulta ao especialista e se o profissional teve conhecimento sobre os resultados dessa consulta apresentaram-se como significativas. Dessa amostra, a maioria das respostas referente ao auxílio na marcação de consulta foi ‘com certeza sim’ nos dois cenários, sendo 175 (66,8%) nos CSF da sede e 77 (88,5%) nos CSF dos distritos. Já sobre os resultados da consulta, a resposta mais frequente também foi ‘com certeza sim’ 129 (49,2%) nos CSF da sede e 65 (74,7%) nos CSF dos distritos.

Tabela 2. Análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: integração de cuidados, referente aos usuários, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P
	N	%	N	%	N	%	Valor
Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no CSF?							0,45
Sim	349	57,5	262	56,2	87	61,7	
Não	255	42,0	202	43,3	53	37,6	
Não sei/não lembro	3	0,5	2	0,4	1	0,7	
O CSF ou médico/enfermeiro sugeriu (encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista?							0,04
Com certeza, não	62	17,8	53	20,2	9	10,3	
Provavelmente, não	2	0,6	2	0,8	-	-	
Provavelmente, sim	15	4,3	14	5,3	1	1,1	
Com certeza, sim	268	76,8	192	73,3	76	87,4	
Não sei/não lembro	2	0,6	1	0,4	1	1,1	
O CSF ou médico/enfermeiro sabe que você fez essas consultas com este especialista?							0,02
Com certeza, não	53	15,2	48	18,3	5	5,7	
Provavelmente, não	4	1,1	4	1,5	-	-	
Provavelmente, sim	21	6,0	18	6,9	3	3,4	
Com certeza, sim	268	76,8	190	72,5	78	89,7	
Não sei/não lembro	3	0,9	2	0,8	1	1,1	
O seu médico/enfermeiro discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?							0,07
Com certeza, não	226	64,8	177	67,6	49	56,3	
Provavelmente, não	5	1,4	3	1,1	2	2,3	
Provavelmente, sim	19	5,4	17	6,5	2	2,3	
Com certeza, sim	94	26,9	62	23,7	32	36,8	
Não sei/não lembro	5	1,4	3	1,1	2	2,3	
O seu médico/enfermeiro ou alguém que trabalha no CSF ajudou-o a marcar esta consulta?							<0,01
Com certeza, não	70	20,1	62	23,7	8	9,2	
Provavelmente, não	1	0,3	1	0,4	-	-	
Provavelmente, sim	24	6,9	22	8,4	2	2,3	
Com certeza, sim	252	72,2	175	66,8	77	88,5	
Não sei/não lembro	2	0,6	2	0,8	-	-	

Tabela 2. (cont.)

O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	0,01					
Com certeza, não	108	30,9	89	34,0	19	21,8
Provavelmente, não	6	1,7	6	2,3	-	-
Provavelmente, sim	20	5,7	17	6,5	3	3,4
Com certeza, sim	199	57,0	135	51,3	64	73,6
Não sei/não lembro	16	4,6	15	5,7	1	1,1
O CSF ou médico/enfermeiro sabe quais foram os resultados desta consulta?	<0,01					
Com certeza, não	114	32,7	100	38,2	14	16,1
Provavelmente, não	6	1,7	5	1,9	1	1,1
Provavelmente, sim	27	7,7	24	9,2	3	3,4
Com certeza, sim	194	55,6	129	49,2	65	74,7
Não sei/não lembro	8	2,3	4	1,5	4	4,6
Depois que você foi a este especialista o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	0,06					
Com certeza, não	162	46,4	130	49,6	32	36,8
Provavelmente, não	2	0,6	2	0,8	-	-
Provavelmente, sim	20	5,7	17	6,5	3	3,4
Com certeza, sim	163	46,7	111	42,4	52	59,8
Não sei/não lembro	2	0,6	2	0,8	-	-
O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista)?	0,16					
Com certeza, não	202	57,9	161	61,4	41	47,1
Provavelmente, não	8	2,3	6	2,3	2	2,3
Provavelmente, sim	14	4,0	11	4,2	3	3,4
Com certeza, sim	116	33,2	78	29,8	38	43,7
Não sei/não lembro	9	2,6	6	2,3	3	3,4

Fonte: Elaboração própria

Coordenação: sistema de informações

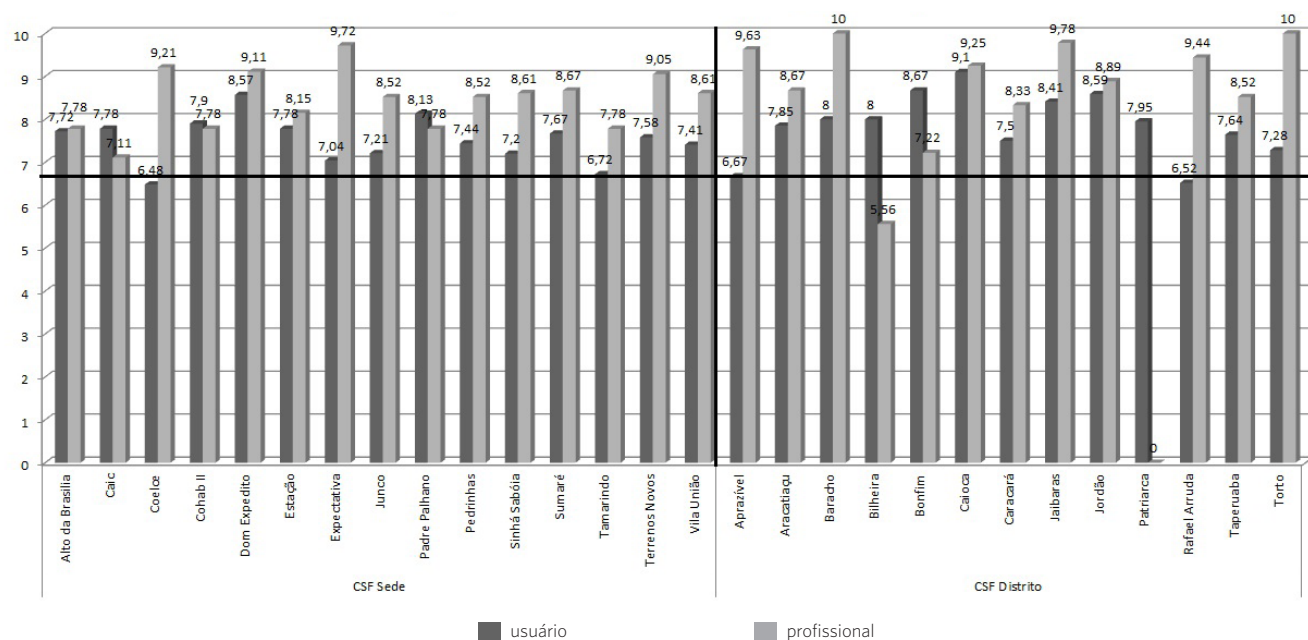
O gráfico 2, apresentado a seguir, mostra a comparação das médias de escores obtidas pelos CSF da sede no atributo coordenação: sistema de informações, obtidas a partir das respostas dos profissionais de saúde e usuários.

O atributo coordenação: sistema de

informações apresentou alto escore da APS nos CSF da sede, tanto na visão dos profissionais, na qual nenhum CSF ficou abaixo do recomendado, quanto dos usuários, em que apenas um CSF obteve escore abaixo da média.

Situação semelhante à observada nos CSF da sede foi encontrada nos CSF dos distritos, onde apenas um CSF obteve escore inferior à média recomendada na opinião de ambos

Gráfico 2. Avaliação do atributo coordenação: sistemas de informação na CSF sede e distritos segundo os profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012



os respondentes. Deve-se salientar que não houve concordância entre esses CSF.

A análise estatística dos cruzamentos das variáveis do atributo coordenação: sistema de informações a partir das respostas dos profissionais de saúde é apresentada na *tabela 3* a seguir.

Não houve variáveis significativas, ao nível de significância de 5%, dentre as que expressam o atributo coordenação: sistema de informações na opinião dos profissionais de saúde.

Com relação à solicitação aos pacientes para que estes levem ao CSF seus registros médicos recebidos no passado, a maioria dos profissionais respondeu 'com certeza sim' 64 (65,3%), sendo 46 (66,7%) na sede e 18 (62,1%) nos distritos.

No que se refere à permissão do profissional para que os pacientes examinassem seus prontuários se eles quisessem, a resposta mais frequente também foi 'com certeza sim' na sede 38 (55,1%) e nos distritos, 21 (72,4%).

Já a variável que aborda se os prontuários estão disponíveis no atendimento dos

profissionais, a grande maioria dos respondentes também respondeu 'com certeza sim', tanto na sede 53 (76,8%) quanto nos distritos 23 (79,3%).

Situação semelhante à obtida com as respostas dos profissionais de saúde foi encontrada na análise estatística das variáveis de coordenação: sistema de informações referente às respostas dos usuários, não havendo significância nos cruzamentos destas.

Ao abordar se o usuário leva seus registros médicos recebidos no passado quando vai ao CSF, a maioria afirmou 'com certeza sim' na sede 332 (71,2%) e nos distritos, 102 (72,3%).

A disponibilidade do prontuário familiar durante seus atendimentos foi percebida como positiva pelos usuários, sendo 'com certeza sim' a resposta mais frequente na sede 411 (88,2%) e nos distritos, 136 (96,5%).

Já com relação à permissão para ler ou consultar seus prontuários se quisessem, os usuários responderam, na maioria, 'não sei'/'não lembro' na sede 132 (28,3%). Nos distritos, a resposta mais frequente foi 'com certeza sim', 50 (35,5%).

Tabela 3. Síntese da análise estatística dos cruzamentos das variáveis de coordenação: sistema de informações, referente aos profissionais de saúde e usuários, Sobral (CE), 2012

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P
	N	%	N	%	N	%	Valor
Profissionais							
Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado?							0,201
Com certeza, não	2	2	1	1,4	1	3,4	
Provavelmente, não	5	5,1	5	7,2	-	-	
Provavelmente, sim	27	27,6	17	24,6	10	34,5	
Com certeza, sim	64	65,3	46	66,7	18	62,1	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?							0,101
Com certeza, não	3	3,1	3	4,3	-	-	
Provavelmente, não	4	4,1	4	5,8	-	-	
Provavelmente, sim	32	32,7	24	34,8	8	27,6	
Com certeza, sim	59	60,2	38	55,1	21	72,4	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?							0,695
Com certeza, não	1	1	1	1,4	-	-	
Provavelmente, não	-	-	-	-	-	-	
Provavelmente, sim	21	21,4	15	21,7	6	20,7	
Com certeza, sim	76	77,6	53	76,8	23	79,3	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
Usuários							
Quando você vai ao CSF você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?							0,95
Com certeza, não	115	18,9	88	18,9	27	19,1	
Provavelmente, não	10	1,6	8	1,7	2	1,4	
Provavelmente, sim	47	7,7	37	7,9	10	7,1	
Com certeza, sim	434	71,5	332	71,2	102	72,3	
Não sei/não lembro	1	0,2	1	0,2	-	-	
Quando você vai ao CSF, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?							0,031
Com certeza, não	13	2,1	12	2,6	1	0,7	
Provavelmente, não	1	0,2	1	0,2	-	-	
Provavelmente, sim	44	7,2	40	8,6	4	2,8	
Com certeza, sim	547	90,1	411	88,2	136	96,5	
Não sei/não lembro	2	0,3	2	0,4	-	-	

Tabela 3. (cont.)

Você poderia ler (consultar) seu prontuário se quisesse no CSF?	0,006					
Com certeza, não	114	18,8	98	21	16	11,3
Provavelmente, não	55	9,1	48	10,3	7	5
Provavelmente, sim	90	14,8	69	14,8	21	14,9
Com certeza, sim	169	27,8	119	25,5	50	35,5
Não sei/não lembro	179	29,5	132	28,3	47	33,3

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A divergência na avaliação da coordenação: integração de cuidados na opinião dos usuários da sede e dos distritos pode estar relacionada à própria organização dos serviços na rede. Na sede, existem outros estabelecimentos de saúde que podem estar realizando o atendimento em paralelo aos CSF. Os profissionais avaliam positivamente, pois têm a percepção de conhecer o trajeto que os usuários, que eles atendem, fazem pela rede. No entanto, questiona-se se essa avaliação por parte dos usuários pode representar uma procura por outros níveis de atenção sem o encaminhamento da atenção primária. Isso foi abordado por Starfield (2002) ao afirmar que, na busca pelo atendimento de suas necessidades, os usuários têm de ir a outros lugares, quer seja com o reconhecimento explícito da atenção primária, por meio de encaminhamentos, ou através da busca por si mesmo (acesso direto ou autoencaminhamento).

Já nos distritos, o que pode contribuir para essa avaliação positiva concordante entre profissionais e usuários é o fato de o CSF ser o único equipamento de saúde local. Além disso, o CSF também auxilia na logística de deslocamento dos usuários aos serviços localizados na sede.

Outro aspecto abordado refere-se à discussão dos profissionais com os usuários sobre os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos. Como a maioria dos profissionais

respondeu com certeza sim e os usuários tiveram como resposta mais frequente com certeza não, percebe-se que a rede precisa ser melhor conhecida por ambos. Reconhece-se que, muitas vezes, há uma própria limitação do sistema no que concerne à oferta de serviços, reduzindo as opções dos usuários. No entanto, para assegurar a integralidade da assistência, fornecendo os recursos capazes de responder às necessidades dos usuários de sua área adscrita, é necessário que se conheça e que se promova a discussão sobre os serviços disponíveis na rede assistencial.

Esse é um aspecto importante, já que Motta, Aguiar e Caldas (2011) enfatizam que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis além de comprometer a resolutividade da Atenção Básica, desgasta os profissionais ao acrescentar às suas múltiplas incumbências a de contornar os problemas do sistema.

Outro fator investigado refere-se à existência de auxílio do CSF na marcação da consulta encaminhada. Contribuindo para a avaliação positiva, vale ressaltar que todos os CSF de Sobral encontram-se interligados a uma central de marcação de consultas. Dessa forma, existem profissionais em cada unidade que, via telefone, promovem a marcação das consultas encaminhadas.

Em pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2010), que investigou as estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos, foi observada a implantação

de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos como instrumento para integrar a Atenção Básica à média complexidade. Também apresentaram estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações de regulação para os profissionais da Atenção Básica, compreendendo a unidade básica de saúde como a primeira instância regulatória.

Escorel *et al.* (2007) também verificaram em seus estudos, envolvendo dez municípios, que na maior parte desses havia alguma forma de regulação para a referência. No entanto, somente em quatro deles estavam estruturadas centrais de marcação de consultas especializadas. Outra estratégia adotada, quando na ausência de centrais estruturadas, foi o estabelecimento de cotas físicas ou financeiras de consultas especializadas ou exames diagnósticos para cada unidade de saúde, sendo essas utilizadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família para encaminhamentos de pacientes para consultas especializadas.

Com relação ao fornecimento por parte dos profissionais da ESF de informação escrita para que o usuário leve ao especialista ou serviço especializado, também se obteve considerável percentual de respostas ‘com certeza sim’/‘provavelmente sim’. É necessário registrar que o município de Sobral conta com um impresso apropriado para tal, onde constam além dos dados de identificação do usuário, os motivos para o encaminhamento e os detalhes da consulta marcada.

Em pesquisa realizada por Almeida *et al.* (2010), evidenciou-se que o fornecimento de informações escritas da atenção primária para outros serviços foi confirmada pela maioria dos profissionais e usuários entrevistados. Dessa forma, o acesso mais frequente do usuário à atenção especializada acontece por meio de encaminhamentos dos serviços de Atenção Básica. A marcação é feita dentro do centro de saúde com base na referência realizada pelo médico.

Essa realidade não foi a encontrada nos estudos de Escorel *et al.* (2007), no qual, em

somente quatro dos dez municípios pesquisados, o acesso aos serviços especializados estava condicionado à referência do médico da equipe de Saúde da Família.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a integralidade das ações é promovida pela articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica em direção às tecnologias necessárias para a produção do cuidado. Nesse contexto, a contrarreferência configura-se como elemento fundamental para a equipe de Saúde da Família, que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário.

Reconhecendo a importância desse fator, verificou-se fragilidade no processo de coordenação, onde a comunicação acaba ocorrendo unidirecionalmente, já que a maioria dos profissionais da ESF revelou não ter recebido do especialista ou do serviço especializado informações sobre o paciente encaminhado.

Almeida *et al.* (2010) apontam a referência e contrarreferência como importante instrumento para integração dos serviços de saúde. Em seus estudos, também perceberam que fluxos de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Especializada encontram-se formalmente implantados. No entanto, a maior parte dos gestores entrevistados afirmou que a contrarreferência não é comumente praticada.

Starfield (2002) defende que o desafio para a qualificação da coordenação da atenção depende do conhecimento a respeito do processo de encaminhamento, da transferência de informações envolvidas com os encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem essas informações.

Para Escorel *et al.* (2007), a comunicação entre os profissionais é essencial para que cada membro da equipe de Saúde da Família possa exercer sua função de coordenador dos cuidados e garantir a continuidade do contato. Os autores também constataram em sua pesquisa que, embora existindo formulários para a troca de informações entre profissionais da ESF e especialistas, na maioria dos municípios pesquisados seu uso não era

frequente. Gestores e profissionais apontaram a insuficiente realização da contrarreferência como importante dificuldade.

Mendes (2010) caracteriza os sistemas fragmentados de atenção à saúde como aqueles que se organizam por pontos de atenção à saúde isolados e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Assim, a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde não se comunicam, fazendo com que a primeira não consiga exercer seu papel de coordenação do cuidado.

Considera-se um aspecto positivo quando a maioria dos profissionais afirmou conversar com os usuários sobre os resultados da consulta ao especialista, já que essa ação tenta resgatar a integralidade do cuidado. Sabe-se que a lacuna da contrarreferência existe e necessitam ser estudadas estratégias de como melhorá-la, mas considera-se um avanço o profissional que encaminhou querer saber o que aconteceu. Isso mostra que o encaminhamento não se configurou apenas como uma transferência de responsabilidade. Ele foi necessário num determinado momento, mas a continuidade da assistência é de responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

No entanto, essa percepção não foi compartilhada pelos usuários, já que a maioria dos respondentes considerou que o profissional não pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi prestado pelo especialista.

Nesse contexto, percebe-se que houve divergência entre as percepções dos usuários e profissionais, corroborando com os resultados do estudo de Stralen *et al.* (2008), que observaram uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde, sendo a avaliação dos usuários menos positiva para quase todos os atributos da APS pesquisados.

Esse resultado também foi encontrado por Ibañez *et al.* (2006), no qual a avaliação dos serviços pelos profissionais mostrou-se distinta daquela feita pelos usuários, sobretudo nos atributos coordenação e enfoque familiar, com destaque para a percepção positiva dos profissionais.

De uma forma geral, apesar das fragilidades, percebe-se que muitos aspectos relacionados à coordenação do cuidado têm avançado, principalmente na realidade aqui estudada. Mecanismos de referência, principalmente tendo a atenção primária como gerenciadora dos fluxos, mostram uma realidade necessária para a garantia da integralidade da assistência. Reconhece-se que ainda são muitos os desafios, principalmente no que concerne à comunicação entre atenção primária e os demais níveis de assistência.

O trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde tem como uma de suas principais vantagens a longitudinalidade, por meio de uma assistência integral e contínua, auxiliada pelo conhecimento do histórico de saúde do usuário do serviço. Para tal, algumas ferramentas fazem parte do processo de trabalho. Além de aspectos como proximidade entre serviço e comunidade e vínculo entre profissionais e usuários, a qualidade da informação em saúde exerce uma importante função.

Auxiliando na qualidade da informação em saúde e contribuindo para o conhecimento integral da atenção à saúde dos usuários sob sua responsabilidade, é necessário estimular que esses adotem o hábito de levar aos serviços de atenção primária seus registros de saúde. Nesse aspecto, a pesquisa mostra um ponto satisfatório, já que a maioria dos profissionais e usuários ressaltou a importância dessa prática.

Contudo, muitas pesquisas evidenciam, inclusive esta, a fragilidade nos processos de contrarreferência dos serviços de atenção secundária e terciária para com a atenção primária. Além disso, reconhece-se que os usuários circulam por outros cenários de atendimento, sobretudo pelas limitações de acesso da atenção primária no período noturno e aos finais de semana.

Sendo assim, compartilhar esses registros permite que os profissionais responsáveis por uma atenção longitudinal tenham conhecimento das possíveis ocorrências e condutas relacionadas à saúde de seus usuários,

facilitando assim a continuidade da atenção.

Outro importante instrumento que contribui para a obtenção de uma informação em saúde eficaz no contexto da atenção primária é o prontuário. Na realidade estudada, percebe-se que a maioria dos profissionais e usuários refere a disponibilidade de prontuários no momento do atendimento. No âmbito da ESF, sobretudo pelo que se propõe, o prontuário assume uma configuração diferenciada e passa a ter a conotação de prontuário familiar.

Para Pereira *et al.* (2008), o prontuário familiar permite melhor atenção à família, já que reúne o registro das informações de todas as ações realizadas pela equipe de Saúde da Família, tornando-se decisivo para a continuidade dos cuidados à saúde de seus usuários.

A utilização do prontuário familiar auxilia na concretização de vários objetivos da ESF. Além de possibilitar o registro das informações em saúde de todos os membros da família, é um importante instrumento para a integração da equipe. Nele, todos os profissionais encontram espaço para pontuar a evolução de sua assistência e assim também permite que observem as contribuições das outras categorias no processo. É uma ferramenta que possibilita observar que não há predomínio no saber de um profissional. Todos compartilham suas impressões, importante para que se consiga atender à complexidade da atenção à saúde da família.

Pesquisa realizada por Pereira *et al.* (2008), envolvendo profissionais e gestores da ESF e usuários sobre o uso do prontuário familiar, revelou que a maioria afirma sua utilização, apesar de alguns depoimentos demonstrarem dificuldades em fazê-lo. O estudo demonstrou que os profissionais das equipes reconhecem a importância da adoção do prontuário familiar, destacando aspectos como acompanhamento da história clínica familiar e avaliação da situação socioeconômica para o estabelecimento de prioridades. Uma reflexão proveniente da pesquisa pontua que, apesar dos investimentos em capacitação no âmbito da ESF, ainda não houve implantação, de forma

consistente, do prontuário familiar, fazendo com que os preceitos de unidade familiar associada à produção de serviços não tenha se efetivado por meio desta normatização.

Vasconcellos *et al.* (2008) realizaram estudo de avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica em quatro municípios. Percebeu-se um registro insatisfatório dos atributos sociais, como situação familiar, escolaridade e ocupação. No que se refere ao registro do processo de atendimento, bem como a necessária periodicidade da assistência aos programas, também foi observado um desempenho ruim. Dessa forma, observa-se que estratégias para uma prática voltada ao conceito de risco epidemiológico, território, fortalecimento de vínculos entre população e serviços e ainda uma reconfiguração dos processos de trabalho, como se propõe a ESF, parecem comprometidas.

A utilização de prontuários na atenção básica, quer seja familiar ou individual, deve considerar a visão ampliada de seu processo de trabalho. Portanto, precisam ser contemplados todos os elementos necessários para o estabelecimento de um plano de atuação que não seja voltado apenas para as ações curativas, mas que forneça elementos importantes para uma atuação em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Sobre o acesso dos usuários às informações contidas no prontuário, a maioria dos profissionais e usuários apresentou resposta positiva. No entanto, vale ressaltar o grande número de usuários que não sabia se o acesso ao prontuário é um direito.

Em sua obra sobre bioética da confidencialidade e privacidade, Francisconi e Goldim (1998) ressaltam que as informações fornecidas pelos pacientes, independentemente do local em que seja realizado o atendimento, assim como os resultados de exames realizados para fins diagnósticos ou terapêuticos, são de sua propriedade, cabendo às instituições e profissionais de saúde a obrigação de mantê-los sob um sistema seguro de proteção e preservação das informações.

Os autores descrevem o prontuário como instrumento desenvolvido para facilitar a manutenção e o acesso às informações fornecidas pelos usuários. Esse, é de propriedade do paciente.

Dessa forma, fica evidente o direito do usuário de examinar seu prontuário se assim for de seu interesse. É importante que os profissionais forneçam esses esclarecimentos. Além disso, esse ato pode contribuir para compreensão dos usuários sobre seu processo saúde-doença, acompanhando sua evolução e a participação dos diferentes profissionais na assistência.

Conclusão

Esta pesquisa reforça que o desenvolvimento de estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da Atenção Primária à Saúde deve ser incentivado. O cenário nacional já ensaia a institucionalização de práticas como essas, estando a Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como iniciativas federais impulsionadoras.

No entanto, é preciso que os profissionais reconheçam a importância que essas práticas exercem no seu cotidiano para a qualificação do seu processo de trabalho.

O estudo evidencia a necessidade de um trabalho que busque fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde. Aos usuários, deveria se possibilitar o transitar pelos serviços e profissionais disponíveis sem prejudicar a continuidade de sua assistência.

Isso vai além dos mecanismos de referência e contrarreferência, mas na possibilidade de um fluxo mais facilitado, além do acesso às informações referente aos usuários. Os resultados do estudo instigam o desenvolvimento de alternativas para tal problemática, como prontuário único para o sistema ou pelo menos acesso do instrumento adotado em diferentes pontos.

Além de disso, é preciso discutir se os encaminhamentos feitos pela Atenção Primária à Saúde têm sido realmente necessários, diante da sua alta capacidade resolutiva. Isso pode evitar o desconhecimento de eventuais procuras que os usuários tenham feito a outros serviços. Espera-se que outros trabalhos sejam desenvolvidos a partir dessa lógica. ■

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BRASIL. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care*

assessment tool pcatoool D Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1336-1338, set./out. 2009.

CARVALHO, G. et al. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: CONASEMS, 2008.

- COCHRAN, W. G. The estimation of sample size. In: _____. *Sampling techniques*. New York: John Wiley, 1977. p.72-90.
- ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 269-284.
- FRANCO, T. B., MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E (Org). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.
- GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p.783-794, mai/jun. 2009.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara|sobral>>. Acesso em: 02 maio 2011.
- _____. *IBGE*. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 03 de fev. 2012.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, out./dez. 2011.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências de três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 779-786, abr. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. S123-S133, 2008.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório Coordenação da Atenção Primária à Saúde*. Sobral: Prefeitura Municipal, 2010.
- _____. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório Coordenação da Atenção Primária à Saúde*. Sobral: Prefeitura de Sobral, 2011.
- SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175. 2001. Disponível em: <<http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2157>>. Acesso em: 03 set. 2010.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p. s148-s158, 2008.
- VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl 1, p. S173-S182, 2008.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil

Assessment of Primary Health Care in the municipality of Piracicaba, SP, Brazil

Marcelo de Castro Cesar¹, Gastão Wagner de Sousa Campos², Maria Imaculada de Lima Montebelo³, Giovana Sarmento⁴

* Artigo baseado na pesquisa de pós-doutorado de Marcelo de Castro Cesar, que atuou no programa de pesquisador colaborador no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Giovana Sarmento teve bolsa de iniciação científica do Conselho Nacional Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

¹Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) – Piracicaba (SP), Brasil. maccesar@unimep.br

²Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

³Doutora em Agronomia (Estatística e Experimentação Agronômica) pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (ESALQ/USP) – Piracicaba (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) – Piracicaba (SP), Brasil. milmonte50@gmail.com

⁴Graduanda em Fisioterapia na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) – Piracicaba (SP), Brasil. giovanasarmento@gmail.com

RESUMO Este estudo teve por objetivo avaliar o funcionamento da rede de Atenção Básica do município de Piracicaba, SP. Foram realizadas 69 entrevistas, 37 com profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF), 23 das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nove gestores, utilizando-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. As USF apresentaram maiores valores que as UBS para vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para comunidade e total da Atenção Básica. Os gestores apresentaram maior valor para acesso que os profissionais das unidades. As USF apresentam melhor funcionamento que as UBS, mas os resultados para acesso sugerem que esta dimensão não foi melhorada com a USF.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Serviços de saúde; Governo local; Avaliação.

ABSTRACT The aim of this study was to evaluate the functioning of the primary care network in the municipality of Piracicaba, SP. 69 interviews were conducted – 37 with health professionals of Family Health Units (USF), 23 with Basic Health Units (UBS) and nine managers–, using the *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. The USF scored higher in compost indexes to linkages, comprehensiveness, family focusing, community advising and primary care index than UBS. The managers had higher score of access index than the units professionals. It was concluded that the USF presented a better functioning than the UBS, but the results for access suggest that this dimension was not improved with the USF.

KEYWORDS Primary Health Care; Health services; Local government; Evaluation.

Introdução

A avaliação dos serviços de saúde é importante no planejamento e na gestão, devendo avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, os processos e os resultados relacionados ao risco, ao acesso e a satisfação dos cidadãos (BRASIL, 2004). Além de produzir informações para melhorar as intervenções em saúde, a avaliação pode julgar a cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários (SILVA, 2008).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no país, e traduz em ações os princípios e diretrizes desta política, sendo um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, bem como as de cura e reabilitação. Entretanto, parece haver certo desencanto com o SUS ou um descrédito na sua capacidade de transformar em realidade uma política tão generosa e racional (CAMPOS, 2007A). Na opinião desse autor isso não ocorre devido às diretrizes centrais do sistema, mas devido a uma reforma social incompleta, com a implantação do SUS de forma heterogênea, desigual, conforme as características políticas e culturais de cada região do País.

A Atenção Básica (AB) deve ser a principal porta de entrada para o SUS e espera-se que resolva a grande maioria dos problemas de saúde (CAMPOS ET AL., 2008). Para a realização da Atenção Básica nos municípios são utilizadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem saúde da família (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, mas surgiu sem normas para integração com o atendimento hospitalar e especializado (CAMPOS, 2009). O PSF atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é composto por equipe multidisciplinar, com profissionais de formação generalista nas Unidades de Saúde da Família

(USF) (CAMPOS ET AL., 2008), tem uma lógica interessante por ter equipe multidisciplinar e valorizar a adscrição da clientela com esquemas de responsabilização (CAMPOS, 2007B).

De acordo com Campos (2007B), é fundamental a qualificação da Atenção Básica para ampliar o acesso e a capacidade de resolução dos problemas, devendo resolver cerca de oitenta por cento dos problemas de saúde. E a ESF deveria se configurar, nos municípios, de acordo com as características de cada um. No entanto, existem dificuldades na implementação da Atenção Básica, tais como: a persistência de UBS, também denominadas de postos de saúde, com tecnologias programáticas e de promoção de saúde; serviços de pronto atendimento e unidades de emergência degradadas; lenta implantação da ESF com dificuldades estruturais e políticas, entre outros (CAMPOS ET AL., 2008).

Almeida e Macinko (2006) desenvolveram questionário adaptado dos instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvidos na Universidade de John Hopkins por Barbara Starfield e James Macinko. O instrumento adaptado, contendo uma lista dos principais atributos (ou dimensões essenciais) da Atenção Básica, foi validado no município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, pelos referidos autores. Como resultado do processo de validação, destaca-se: a aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de Atenção Básica do município e alguns dos principais problemas de organização e desempenho. Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluíram que o questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para avaliação de serviços de saúde e que a metodologia de avaliação da Atenção Básica utilizada na pesquisa é válida para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

Elias *et al.* (2006) compararam as USF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo, entrevistando usuários, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e gestores, utilizando os instrumentos do *PCATool*. Os resultados indicaram que os usuários, gestores e profissionais apresentam concordância no conjunto das dimensões abordadas, mas os gestores e os profissionais tendem a anotar índices mais elevados, sendo que gestores apresentaram os maiores índices.

Ibañez *et al.* (2006) compararam as USF e UBS de 62 municípios com mais de 100 mil habitantes no estado de São Paulo, entrevistando profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), usuários e acompanhantes de usuários, com os instrumentos do *PCATool*. Os resultados indicaram que os profissionais que trabalham nas USF tem desempenho melhor que os das UBS, mas com resultados semelhantes no acesso e na porta de entrada. As percepções dos profissionais tenderam a ser mais favoráveis que as dos usuários, com exceção da dimensão relativa aos profissionais de saúde.

Van Stralen *et al.* (2008) utilizaram o *PCATool* para investigação da percepção sobre a Atenção Básica de usuários, profissionais das unidades de saúde com formação média ou elementar e com formação superior, comparando as USF e UBS na região Centro-Oeste do Brasil, estudando municípios com mais de 100.000 habitantes, sendo sete do Estado de Goiás e dois de Mato Grosso do Sul. No índice composto de Atenção Básica, os autores não encontraram diferenças significativas entre as unidades com e sem Saúde da Família, mas houve diferenças nas dimensões. As percepções dos profissionais foram mais favoráveis que as dos usuários.

Devido às desigualdades de implantação do SUS nos municípios brasileiros, justifica-se esta pesquisa que visa investigar o SUS no município de Piracicaba, utilizado o *PCATool*. O estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento da avaliação de sistemas de saúde em municípios do Brasil.

Objetivos

Investigar o funcionamento das USF e UBS do município de Piracicaba por meio dos instrumentos do *PCATool*, entrevistando gestores da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais que trabalham nas unidades de saúde; comparar o funcionamento das USF com as UBS; comparar as respostas dos gestores com as dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde.

Município estudado

Piracicaba é um município do interior do estado de São Paulo. Em sua tese de doutorado, Cecílio (1993) analisou o sistema municipal de saúde em Piracicaba no início do SUS e descreveu que em 1991 o município contava com uma rede de 28 unidades básicas de saúde, das quais cinco eram pequenos postos de saúde na área rural, um ambulatório de especialidades, um pronto-socorro com funcionamento de 24 horas, um serviço odontológico municipal e um centro de controle de zoonoses, sendo a população de 283.400 pessoas.

A implantação da ESF em Piracicaba começou em 1999 com a construção de cinco unidades, sendo que as USF ficam localizadas nas áreas de maior vulnerabilidade social do município (MENEZES *ET AL.*, 2012).

Dados do IBGE (2010) apontam Piracicaba com uma população total de 364.872 habitantes, sendo 355.136 de população urbana e 9.736 de população rural.

Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica, no período de coleta de dados deste estudo, o município tinha 23 UBS tradicionais, cinco delas na área rural, e 38 Unidades de Saúde da Família (USF), implantadas e em funcionamento e dez gestores (coordenadores e supervisores) da Secretaria Municipal de Saúde. Aproximadamente 35% da população é atendida nas USF, e o restante (65%) nas UBS, pois, embora o número de USF seja maior, as

UBS geralmente atendem um número bem maior de usuários. Estima-se que cerca de 40% da população do município tenha planos privados de saúde.

De acordo com o documento base da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba (2010), a rede municipal de saúde, além das unidades de Atenção Básica, contava com quatro unidades de Pronto Atendimento (PA) e uma central de ortopedia e traumatologia, as cinco com funcionamento 24 horas. A atenção especializada à saúde conta com cinco unidades de atenção à saúde mental, uma clínica de olhos, um ambulatório de especialidades médicas, uma policlínica, dois centros de especialidades odontológicas, um centro de atenção especializada em saúde da mulher, um centro de atenção às doenças metabólicas, um centro de doenças infectocontagiosas e um centro de referência em saúde do trabalhador.

Para assistência hospitalar no SUS em Piracicaba, a Secretaria Municipal de Saúde possui contrato de prestação de serviços com a Santa Casa de Misericórdia e com o Hospital dos Fornecedoros de Cana.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, no qual foi realizada uma investigação da situação das USF em funcionamento e das UBS do município de Piracicaba (SP), Brasil. Os locais de realização da pesquisa foram as USF, as UBS e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Participaram 68 informantes-chave, sendo nove gestores (coordenadores e supervisores) da Secretaria Municipal e 59 profissionais (enfermeiros ou médicos) das unidades de saúde de Piracicaba. Após a explicação do projeto, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, número 1152/2011.

Critério de inclusão: ser gestor ou profissional de saúde (enfermeiro ou médico) da rede de Atenção Básica de Piracicaba. **Critério de exclusão:** recusar-se a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados entre fevereiro e maio de 2012 por meio de entrevista. Um dos profissionais de saúde (uma enfermeira) respondeu ao questionário referente a duas unidades, pois trabalhava no início da coleta de dados em uma USF e depois foi transferida para outra que não tinha médico fixo.

Em uma das USF não foi possível fazer a entrevista porque a unidade não tinha médico fixo e a enfermeira que estava na unidade já tinha respondido o questionário por outra USF e havia sido transferida para a unidade no período da coleta de dados. Um dos gestores não participou da pesquisa por não se sentir apto a responder as perguntas do questionário. No total, foram realizadas 69 entrevistas: nove com gestores, 37 com profissionais das USF e 23 com profissionais das UBS.

Para a realização da pesquisa foram utilizados os instrumentos do *PCATool*, versão adaptada e validada para municípios do Brasil por Almeida e Macinko (2006). Os instrumentos avaliam oito dimensões da Atenção Básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional. O questionário dos profissionais da saúde é composto por 92 perguntas e o dos gestores por 94. Ao final das entrevistas, era perguntado se o entrevistado tinha sugestões, comentários e/ou dúvidas.

O entrevistado (gestor ou profissional da saúde) respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, que contém valores entre zero e cinco (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que correspondem aos seguintes valores percentuais: nunca – 0%; quase nunca – 1-20%; algumas vezes – 21-40%; muitas vezes

– 41-60%; quase sempre – 61-80%; sempre – 81-100%. As respostas foram somadas e o valor médio para cada dimensão foi calculado segundo cada indivíduo entrevistado. Os escores dos indicadores foram somados para construir um índice composto para cada uma das oito dimensões da Atenção Básica. Também foi calculado o índice composto total da Atenção Básica, que é a média de todos os índices compostos (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Foram determinadas as médias dos escores dos índices compostos das oito dimensões (acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional) e do índice de Atenção Básica (índice composto total da Atenção Básica) obtidos pelas respostas dos gestores e dos profissionais de saúde.

Para comparação dos resultados das entrevistas entre os profissionais das USF e UBS foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes. Na análise de dados foi utilizado o programa SPSS versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Foi aplicado o teste não paramétrico para as respostas subjetivas. Também foi realizada a

apresentação dos dados qualitativos dos comentários dos entrevistados.

Resultados e discussão

A comparação dos escores das dimensões da Atenção Básica das 37 entrevistas dos profissionais de saúde das USF com as 23 das UBS encontra-se na *tabela 1*.

Os resultados da comparação das respostas dos profissionais das USF com os das UBS na dimensão acesso encontram-se na *tabela 2*. No índice composto para acesso não houve diferenças significativas entre as USF e UBS, o que coincide com o observado nas respostas dos profissionais de saúde em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), dos profissionais de saúde dos municípios do estado de São Paulo (IBAÑEZ ET AL., 2006) e dos profissionais com formação superior dos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Observa-se na *tabela 2* que o único indicador específico para acesso que apresentou diferença foi espera média maior que 30 minutos nas UBS, indicando maior probabilidade de esperar mais de 30 minutos para ser atendido por um profissional de saúde

Tabela 1. Comparação dos escores das dimensões da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Dimensão	USF (n = 37)	UBS (n = 23)
Acesso	2,29	2,45
Porta de Entrada	4,84	4,87
Vínculo	4,48**	3,80
Elenco de Serviços	4,30**	3,93
Coordenação	4,28	4,12
Enfoque Familiar	4,55**	4,05
Orientação para Comunidade	3,92**	2,69
Formação Profissional	4,11	3,63
Índice Composto Total da Atenção Básica	4,10**	3,69

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

** $p < 0,01$

Tabela 2. Comparação do acesso da Atenção Básica atribuído pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Acesso	USF (n = 37)	UBS (n = 23)
Medicamentos adequados	4,41	4,48
Equipamentos adequados	4,59	4,61
Co-pagamento	0,00	0,00
Consulta médica até 24 horas	2,78	3,00
Aberta durante o fim de semana	0,57	0,30
Aberta um dia depois das 18 horas	0,49	0,39
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,97	4,96
Telefone (quando fechada)	0,00	0,00
Espera média de mais de 30 minutos	0,54	1,83**
Índice Composto Acesso	2,29	2,45

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

** p < 0,01.

nas UBS que nas USF. Não foi realizada análise estatística e não entrou no índice composto o item copagamento (ALMEIDA; MACINKO, 2006), sendo que em todas as respostas o copagamento foi apontado como nunca ocorre, nas USF e UBS.

O horário normal de funcionamento, na grande maioria das unidades, é das 7h às 17h nas USF e das 7h às 16h nas UBS.

As unidades ficam menos de 20% abertas durante o fim de semana e depois das 18 horas, e não apresentam telefone para pedir informações quando a unidade está fechada, o que dificulta o acesso dos usuários para utilização das USF e UBS. Estes dados indicam que a introdução da ESF não implica obrigatoriamente em melhora do acesso, corroborando os dados obtidos no município de São Paulo (ELIAS ET AL., 2006) e em municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Na *tabela 1* nota-se que na porta de entrada não houve diferença significativa entre as unidades, com valores médios acima de 80%, indicando que a Atenção Básica está funcionando como porta de entrada ao sistema de saúde. Esse dado coincide com o observado

em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e dos profissionais de saúde dos municípios do estado de São Paulo (IBÁÑEZ ET AL., 2006), mas difere dos municípios da região Centro-Oeste, que apontaram maior valor para as USF que as UBS (VAN STRALEN ET AL., 2008).

O índice composto para vínculo indicou que as USF possuem vínculo mais forte com os usuários que as UBS (*tabela 1*). Esse dado corrobora com o obtido em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Nas USF, os usuários são mais frequentemente examinados pelo mesmo profissional (USF 4,68; UBS 4,17), a população adscrita é mais frequente (USF 4,95; UBS 3,87), há mais tempo suficiente para a consulta (USF 4,65; UBS 3,43) e os profissionais são mais informados sobre os medicamentos usados pelos pacientes (USF 4,54; UBS 3,78). Não houve diferença significativa na utilização do prontuário médico (USF 4,89; UBS 4,70), utilização mais de 80% das vezes, o que é positivo.

O índice composto para elenco de serviços foi maior nas USF que nas UBS (*tabela 1*). Esse dado difere do obtido em Petrópolis

(ALMEIDA; MACINKO, 2006), que não apontou diferença significativa entre o índice composto para elenco de serviços dos profissionais das USF e UBS, mas coincide com o observado nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Nas USF, realizam mais frequentemente pequenas cirurgias (USF 0,43; UBS 0,09), conselhos sobre o uso de álcool e tabaco (USF 4,22; UBS 3,04), atendimento de problemas de saúde mental não graves (USF 4,30; UBS 3,48), programa de nutrição (USF 3,84; UBS 2,57), educação em saúde (USF 4,76; UBS 3,83) e educação sobre acidentes domésticos (USF 3,95; UBS 2,65).

No índice composto para coordenação, não houve diferença significativa entre as USF e UBS (*tabela 1*), corroborando os resultados obtidos em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Diferenças específicas: os profissionais das UBS referem receber mais contrarreferência que as USF (USF 1,22; UBS 2,09), mas nos dois tipos de unidades eles referem problemas, pois recebem menos da metade dos resultados de interconsultas; os usuários são mais avisados sobre o agendamento das consultas de retorno para resultados de exames nas USF que nas UBS (USF 4,73; UBS 4,04), mas acima de 80% das vezes nos dois tipos de unidades; a auditoria dos prontuários médicos apresentou maior valor nas USF (USF 0,59; UBS 0,17), mas com valores abaixo de 20% nos dois tipos de unidades, indicando que auditoria ocorre raras vezes.

O índice composto para enfoque familiar foi maior nas USF que nas UBS (*tabela 1*). Este dado coincide com as pesquisas realizadas em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008). No presente estudo, nas USF foram mais incluídas as perguntas sobre fatores de risco socioeconômicos que nas UBS (USF 4,59; UBS 3,70).

O índice composto para orientação para a comunidade foi maior nas USF que nas UBS

(*tabela 1*). Esse dado difere do observado em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), onde não foi encontrada diferença significativa entre o índice composto orientação para a comunidade dos profissionais das USF e UBS, mas coincide com o obtido nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Apresentaram maiores valores na USF: os serviços de saúde nas escolas (USF 3,92; UBS 2,57), as visitas domiciliares (USF 4,95; UBS 1,83), os trabalhos intersetoriais (USF 4,30; UBS 2,74), a reorganização dos serviços com base nos problemas da comunidade (USF 4,54; UBS 3,35).

No índice composto para formação profissional, não houve diferença significativa entre USF e UBS (*tabela 1*). Este dado difere do observado em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), onde não foi encontrada melhor formação nesta área nas USF em relação às UBS, mas coincide com o obtido nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Em relação aos índices específicos, as UBS têm pelo menos um médico na unidade com maior frequência que nas USF (USF 4,03; UBS 4,74). Nas USF, é mais frequente os enfermeiros ou outros profissionais substituírem os médicos (USF 4,68; UBS 4,00), há mais profissionais da saúde não médicos com treinamento na Atenção Básica (USF 4,51; UBS 3,70) e a equipe é mais capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (USF 3,46; UBS 2,39).

O índice composto total de Atenção Básica foi maior nas USF que nas UBS tradicionais (*tabela 1*), o que coincide com a pesquisa realizada em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), mas difere do observado nos municípios da região Centro-Oeste, que não apontou diferença significativa (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Na autoavaliação de confiança das respostas, não houve diferença significativa, se baseadas em dados publicados (USF 4,54; UBS 4,30). Os profissionais da USF apresentaram maior confiança naquelas perguntas que responderam sem consultar dados (USF 4,70; UBS 4,04), mas, nos dois tipos de unidades,

os percentuais médios foram acima de 80%.

Nas sugestões/comentários e/ou dúvidas dos profissionais de saúde das USF, destacou-se em relação à gestão: há necessidade de médicos fixos e exclusivos da unidade; pouco treinamento para equipe; evitar a rotatividade de profissionais quando a equipe está funcionando bem; ambiente de trabalho estressante; melhora do estímulo e da motivação profissional; melhora da contrarreflexão das interconsultas.

Nas respostas dos profissionais de saúde das UBS, foi ressaltado em relação à gestão: a necessidade de diminuir a rotatividade de profissionais, o que desestrutura a equipe; a falta de treinamento para equipe; aperfeiçoamento dos funcionários com integração de equipes mais multiprofissionais; extensão do horário de atendimento médico; melhora do apoio e do suporte técnico em termos de recursos humanos; pouca integração entre os profissionais nas unidades; aprimorar a interação com as universidades; escassez de programas de prevenção e promoção da saúde.

Em relação à infraestrutura, os profissionais de saúde das USF apontaram: falta estrutura para atender a demanda; há necessidade de mais equipamentos de informática;

carência de material de urgência; melhorias no transporte para as visitas domiciliares; aquisição de equipamentos e não haver restrição de exames para melhorar a resolubilidade da Atenção Básica.

Referindo-se à infraestrutura, os profissionais das UBS também colocaram que falta estrutura para atender a demanda e materiais de urgência; melhorias no transporte dos funcionários em unidades da zona rural.

A maioria dos profissionais das USF e UBS que comentou a respeito do questionário considerou positivo o instrumento. Nota-se que os profissionais de saúde das unidades apresentam várias críticas, tanto em relação à gestão quanto à infraestrutura, sendo que algumas são apontadas tanto nas USF quanto nas UBS, indicando a necessidade de melhorar a gestão e a infraestrutura nas unidades de saúde do município.

A comparação das 60 entrevistas dos profissionais de saúde das USF e UBS com as nove dos gestores encontra-se na *tabela 3*.

Na *tabela 4* estão os resultados da dimensão acesso. O índice composto para acesso foi menor nas respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores. Os gestores apontam mais unidades abertas depois

Tabela 3. Comparação dos escores de dimensão da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das unidades de saúde (USF + UBS) e gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Dimensão	USF + UBS (n = 60)	GESTORES (n = 09)
Acesso	2,35	2,65*
Porta de Entrada	4,85	4,78
Vínculo	4,22	3,98
Elenco de Serviços	4,16	4,29
Coordenação	4,22	4,28
Enfoque Familiar	4,36	4,14
Orientação para Comunidade	3,45	3,67
Formação Profissional	3,93	4,13
Índice Composto Total da Atenção Básica	3,94	3,99

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

* $p < 0,05$

das 18 horas e número de telefone quando a unidade está fechada, porém com valores abaixo de 20% nas respostas dos profissionais das unidades e dos gestores. Não foi realizada análise estatística e não entrou no índice composto o item copagamento (ALMEIDA; MACINKO, 2006), uma vez que em todas as respostas dos profissionais de saúde e dos gestores, o copagamento foi apontado como nunca ocorre.

Observa-se na *tabela 3* que na porta de entrada, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores.

No índice composto para vínculo, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorreu diferença entre os indicadores específicos.

No índice composto para elenco de serviços, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), ocorrendo diferença apenas no indicador pequenas cirurgias (profissionais das unidades, 0,30; gestores, 0,89), mas com valores abaixo de 20% nas respostas dos

profissionais das unidades e gestores.

No índice composto para coordenação, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*). Nos índices específicos, os gestores apontaram menor uso de normas definidas para referência e contrarreferência (profissionais das unidades, 4,72; gestores, 4,33), mas com valores acima de 80%, e referiram mais auditoria dos prontuários médicos (profissionais das unidades, 0,43; gestores, 1,22), mas com valores abaixo de 20% nos profissionais das unidades de saúde e abaixo de 40% nos gestores.

No índice composto para enfoque familiar, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorrendo diferenças entre os indicadores específicos.

No índice composto para orientação para a comunidade, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorreu diferença entre os indicadores específicos.

Tabela 4. Comparação dos escores de acesso da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das unidades de saúde (USF + UBS) e gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Acesso	USF + UBS (n = 60)	Gestores (n = 09)
Medicamentos adequados	4,43	4,78
Equipamentos adequados	4,60	4,56
Co-pagamento	0,00	0,00
Consulta médica até 24 horas	2,87	3,67
Aberta durante o fim de semana	0,47	1,00
Aberta um dia depois das 18 horas	0,45	0,78**
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,97	5,00
Telefone (quando fechada)	0,00	0,11**
Espera média de mais de 30 minutos	1,03	1,33
Índice Composto Acesso	2,35	2,65*

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

* p < 0,05; ** p < 0,01.

No índice composto para formação profissional, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), não ocorrendo diferença entre os indicadores específicos.

No índice composto total de Atenção Básica, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*).

Em relação às dimensões estudadas, observa-se uma concordância das respostas entre os profissionais de saúde das USF e UBS em relação aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, o que coincide com o observado no município de São Paulo, onde foi observado que a opinião dos profissionais das unidades e dos gestores é muito semelhante (ELIAS ET AL., 2006).

Na confiança nas respostas não houve diferenças significativas das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores.

Nas sugestões/comentários e/ou dúvidas dos questionários respondidos pelos gestores, foi apontado que existe necessidade de mais treinamento para as equipes, o que também foi apontado pelos profissionais de saúde das USF e UBS. Dos gestores que comentaram o questionário aplicado, a maioria o avaliou de forma positiva. Pode-se observar que, embora os gestores apresentem uma opinião semelhante a dos profissionais de saúde ao responderem as outras perguntas do questionário, nesta questão aberta eles foram muito menos críticos, apontando apenas a necessidade de maior treinamento para as equipes, e não citam a infraestrutura da rede de Atenção Básica à saúde do município.

Este estudo apresenta como limitação o número de voluntários estudados, principalmente gestores, que foram apenas nove.

Entretanto, apenas um gestor não respondeu ao questionário e apenas uma unidade de saúde não teve profissional de saúde entrevistado, de modo que os dados obtidos expressam a percepção dos profissionais de saúde das unidades e dos gestores do Departamento de Atenção Básica sobre a atenção primária à saúde em Piracicaba, quando as entrevistas foram realizadas.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram coletados no município de Piracicaba, mas foram observados muitos resultados que coincidiram com os observados em outros estudos (ALMEIDA; MACINKO, 2006; ELIAS ET AL., 2006; IBAÑEZ ET AL., 2006; VAN STRALEN ET AL., 2008), reforçando a importância da utilização dos instrumentos do *PCATool* para investigação da Atenção Básica em municípios do Brasil.

Por ter avaliado o funcionamento da rede de Atenção Primária à Saúde de Piracicaba, os resultados deste estudo podem contribuir para aprimorar a política de saúde municipal.

Conclusões

Os resultados indicam que, no geral, as USF apresentam um melhor funcionamento que as UBS tradicionais, pois apresentaram maiores valores em quatro dimensões e no índice composto total de Atenção Básica. Entretanto, os resultados para acesso sugerem que esta dimensão não foi melhorada com a ESF.

No geral, nota-se uma concordância nas respostas dos profissionais das unidades em relação aos gestores nas dimensões abordadas, pois apenas o índice composto para acesso apresentou diferença significativa. Entretanto, os profissionais de saúde apresentaram muito mais críticas que os gestores ao expressarem suas sugestões/comentários e/ou dúvidas. ■

Referências

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, 10).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2014.
- . Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 132-153.
- CAMPOS, G. W. S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, 2009.
- . Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-6, 2007a.
- . Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b, p. 103-121.
- CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na administração pública: reconstrução e análise de três experiências na saúde*. 1993. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 1993.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7. *Documento Base*. São Paulo, Piracicaba: 2010.
- ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.
- MENEGHIM, M. C. *et al.* Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p.97-104, 2012.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 15-40.
- VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre Atenção Básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. supl.1, p.s148-s58, 2008.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

Recebido para publicação em fevereiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba

Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba

Gerson Luis Schwab¹, Simone Tetu Moysés², Solena Ziemer Kusma³,
Sérgio Aparecido Ignácio⁴, Samuel Jorge Moysés⁵

RESUMO: Tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde, voltados para condições agudas e episódicas, não têm respondido adequadamente às Condições Crônicas que requerem cuidado diferenciado, longitudinal e proativo. Esta pesquisa avaliativa sobre atenção a Condições Crônicas buscou identificar, em abordagem quantitativa, a percepção de usuários e equipes de saúde sobre inovações, com a implantação de um novo modelo de atenção. Os resultados demonstram associação entre a implantação do modelo e as mudanças ocorridas, tais como o cuidado compartilhado e o autocuidado. A forma como é dispensado o cuidado mostra relação direta com o nível de satisfação das equipes de saúde e pessoas usuárias.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde; Doença crônica; Atenção Primária à Saúde; Autocuidado; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT: *Traditional biomedical models of health care, geared predominantly for acute and episodic conditions, have not been responding adequately to Chronic Conditions, which require a different, longitudinal and proactive care. This evaluative research about care for Chronic Conditions sought to identify, in a quantitative approach, the perception of users and health teams about care innovations, with a new care model for Chronic Conditions. The results demonstrate a close association between the implementation of the model and outcome changes, such as shared care and self-care. The way care is dispensed is directly related to the level of satisfaction of health teams and local users of health services.*

KEYWORDS: *Health evaluation; Chronic disease; Primary Health Care; Selfcare; Health services evaluation.*

¹Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. glschwab@hotmail.com

²Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública pela University of London – Londres, Reino Unido. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. simone.moyses@pucpr.br

³Doutora em Odontologia (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. Professora no curso de Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. solena.kusma@pucpr.br

⁴Doutor em Engenharia Florestal pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Professor na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. s.ignacio@pucpr.br

⁵Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University of London – Londres, Reino Unido. Professor na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. s.moyses@pucpr.br

Introdução

Desde a década de 1960, o setor saúde vem enfrentando uma carga crescente de necessidades e demandas com as Doenças e Condições Crônicas (D/CC), o que caracteriza uma ameaça não só para a saúde humana, mas também para o desenvolvimento das nações e sua sustentabilidade econômica. Essa situação é causada por mudanças demográficas, econômicas, sociais, epidemiológicas e nutricionais, em paralelo aos novos desafios impostos pelo envelhecimento populacional. Na América Latina e Caribe, as pessoas com mais de 60 anos representam 10% da atual população e, até 2050, esse número deve subir para 25% (PAHO, 2011; WHO, 2011).

É importante sublinhar que doenças crônicas se incluem na classificação de Condições Crônicas (CC), que são de longa duração e quase sempre sem perspectiva de cura. Essa classificação abarca doenças, incapacidades e condições, entre elas: cegueira, surdez, algumas doenças congênitas e outras transmissíveis de longo curso, como HIV/AIDS e tuberculose; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal e outros ciclos da vida, como adolescência e velhice; transtornos mentais persistentes; deficiências físicas contínuas e estruturais; doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais. Todos esses agravos e condições requerem um cuidado diferenciado e contínuo, com ações proativas (MENDES, 2011).

O incremento na magnitude das Doenças e Condições Crônicas pode também ser atribuído, parcialmente, às características contemporâneas das sociedades de consumo em ambientes urbanos, fatores que agem primariamente como determinantes do processo saúde/doença. A globalização de produtos e de padrões de uso, muitos deles sabidamente deletérios à saúde, notadamente alimentos industrializados, bebidas e tabaco desencadeiam novas formas de exposição/risco. Embora as Doenças e Condições Crônicas não sejam transmissíveis, os fatores a elas

associados podem ser 'transmitidos' por comportamentos individuais e estilos de vida coletiva, socialmente adotados como padrões compartilhados. Na maioria das vezes, tais padrões compõem o substrato cultural de uma época e de um grupo social, com os veículos de propaganda operando pelo poder de persuasão. E esse 'contágio' socio-cultural se espalha mundialmente em proporções epidêmicas (WHO, 2011).

As Condições Crônicas têm entre suas principais causas proximais quatro fatores de risco: fumo, dieta não saudável, sedentarismo e consumo abusivo de álcool. Intervenções em nível populacional apresentam maior efetividade para neutralizar ou reduzir tais riscos. Em países pobres, essas condições têm apresentado um ritmo de crescimento maior que nos países ricos. E a maioria dos países pobres continua a enfrentar altas taxas de doenças transmissíveis, em uma tripla carga de problemas, se for acrescentado o volume de causas externas (MENDES, 2011; BLOOM ET AL., 2011).

A crise contemporânea dos sistemas de saúde, em vários países, reflete o impasse trazido por uma situação epidemiológica progressivamente modificada por Doenças e Condições Crônicas, e sistemas de saúde funcionando de forma episódica, reativa e fragmentada, organizados principalmente para o enfrentamento de doenças/condições agudas e agudização das crônicas. É essencial uma mudança de lógica para responder simultaneamente a um duplo desafio: a) às condições agudas e eventos agudos das Condições Crônicas, em redes estruturadas de urgência/emergência; b) e especificamente às Condições Crônicas, com as redes de atenção à saúde (RAS), em um monitoramento contínuo e proativo (MENDES, 2011).

Esse duplo desafio do perfil epidemiológico não é diferente no município de Curitiba, inclusive em correspondência à evidente transição demográfica. Em 1980, o percentual de pessoas com mais de 60 anos era de 5,8%, passando a 10,8% em 2008. Houve um incremento dos óbitos por neoplasias e por

causas externas, o que evidencia mudanças importantes no perfil da população da cidade (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

A população curitibana está aumentando sua expectativa média de vida e experimentando estilos de vida característicos de metrópoles, especialmente frente a mudanças de consumo alimentar e atividade física. Combinados com a influência deletéria do tabagismo, do álcool, do estresse da mobilidade, e do escasso tempo para lazer, esses fatores têm repercutido no aumento e agravamento das Condições Crônicas. A urbanização acelerada, nos padrões iníquos em que tende a ocorrer, contribui para diversos tipos de violências, especialmente no trânsito e as interpessoais, mas também as violências de cunho social e psicológico. Essa situação caracteriza Curitiba como uma típica cidade com tripla carga de doenças, a ser enfrentada por um vasto conjunto de políticas e intervenções sociais (MENDES, 2011; MOYSÉS ET AL., 2012).

Coerente com essas mudanças, Curitiba decidiu inovar no enfrentamento às Condições Crônicas, com uma proposta de integrar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, e requalificação de linhas de cuidado e da assistência clínica. Esse processo foi iniciado com a instalação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC), com inovações que reforçaram o enfoque na pessoa, enfatizando a centralidade e a coordenação do cuidado da atenção primária no trabalho em rede (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; MOYSÉS ET AL., 2012).

O projeto curitibano foi apoiado na proposta de Mendes (2011), que introduz o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido a partir da integração dos princípios de três modelos: o Modelo de Atenção Crônica proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*; o Modelo da Pirâmide de Riscos proposto pela Kaiser Permanente; e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (WAGNER ET AL., 2001; PORTER; KELLOGG, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas foi proposto como uma resposta a um sistema de saúde construído com base na atenção às condições agudas. A eleição desse modelo, dentre outros motivos, está na sua proposta de uso de recursos comunitários, a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, bem como por preconizar novas tecnologias de abordagem às condições de saúde. Tais tecnologias se harmonizam com a filosofia que sustenta tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Sanitária, propostas essas corroboradas pela Coordenação de Saúde Mental do município de Curitiba e suportada pelo Centro de Informação em Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde (MOYSÉS ET AL., 2012).

Entre as características desse novo modelo, podemos citar: a oferta da atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa e com custo certo; a garantia de que os serviços sejam disponibilizados de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangência das Unidades de Saúde, ampliando a satisfação da população com o sistema de saúde; ampliação e diversificação dos pontos de atenção à saúde; melhoria da comunicação entre os vários pontos de atenção; promoção do autocuidado; integração intersetorial dos serviços de saúde com outras políticas públicas; valorização dos recursos humanos do SUS; e integração do município com a região metropolitana, buscando aproximação com o princípio da universalidade do SUS (MENDES, 2011).

Ao utilizar o novo modelo como marco lógico, a inovação foi caracterizada por ações de capacitação e atualização, tais como o autocuidado apoiado; a reelaboração do sistema de trabalho em saúde com suporte à decisão e sistemas de informação clínica; abordagens integradas de diferentes Condições Crônicas; equipes com funções bem definidas; gerenciamento de caso para usuários com quadros complexos; apropriação de recursos comunitários e consultoria com especialista, quando apropriado;

educação permanente e de suporte à tomada de decisão em saúde, com diretrizes clínicas baseadas em evidências; diretivas para o trabalho de adesão ao atendimento compartilhado e ao plano de autocuidado, com tecnologias de mudança comportamental sustentada; e organização de oficinas para apoio ao matriciamento da clínica médica, de enfermagem e odontológica (CAVALCANTI ET AL., 2012; MOYSÉS ET AL., 2012).

Esta pesquisa buscou avaliar a percepção dos profissionais da saúde sobre a capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas, e a percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Curitiba, Brasil. Essa avaliação foi estabelecida em dois momentos distintos: em linha de base, antes da implantação do novo modelo, e após um ano dessa implantação, buscando capturar eventuais mudanças que pudessem ser atribuídas à mudança do modelo.

Método

Esta foi uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, em um desenho de avaliação de processo, ou 'a posteriori', desenvolvida em 13 unidades de saúde de Curitiba, escolhidas por conveniência em função de sua similaridade estrutural e operacional. No processo de seleção/inclusão das unidades estudadas, foram consideradas características de convergência contextual, tais como: existência da Estratégia Saúde da Família, número de equipes da atenção primária, número de Agentes Comunitários de Saúde, população da área de abrangência, número de domicílios na área de abrangência, presença de Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS), população cadastrada, número de usuários da unidade de saúde e perfil da comunidade assistida. Posteriormente, essas unidades foram divididas aleatoriamente em uma Unidade Piloto, um grupo controle (seis unidades) e um grupo de intervenção (também seis unidades).

A coleta de dados de linha de base ocorreu até maio de 2012 (anterior à implantação do novo modelo, iniciada em junho de 2012) em 13 unidades de saúde, envolvendo 21 equipes e 513 pessoas usuárias. A segunda onda de coleta de dados, após um ano, foi desenvolvida entre julho e agosto de 2013 nas mesmas treze unidades, envolvendo 30 equipes de saúde e 390 pessoas usuárias.

Para avaliar possíveis efeitos na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas, e na percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção e cuidado, foram aplicados, em linha de base, antes da implantação do novo modelo e depois de um ano dessa implantação, os instrumentos propostos pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (2010): a) *Assessment for Chronic Illness Care* (ACIC), ou Avaliação da capacidade institucional para a atenção às Condições Crônicas; e b) *Patient Assessment for Chronic Illness Care* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o cuidado às Condições Crônicas. Esses foram previamente submetidos a um processo de validação transcultural, conforme padrões internacionais propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As variações entre os valores obtidos nas duas aplicações foram utilizadas como indicadores de mudanças nas dimensões avaliadas.

Para a avaliação institucional, são contempladas sete dimensões: Organização da atenção à saúde, Articulação com a comunidade, Autocuidado apoiado, Suporte à decisão, Desenho do sistema de prestação de serviços, Sistema de informação clínica, e Integração dos componentes do modelo de atenção. Essas dimensões estão agrupadas, compondo um total de 36 questões, as quais permitem trabalhar em uma escala com valores de 0 a 11. As equipes de saúde responderam às questões depois de obtido o consenso grupal, sem a presença de chefias.

Quanto à avaliação do usuário sobre o cuidado às Condições Crônicas, as dimensões são: Adesão ao tratamento, Modelo de

atenção/tomada de decisão, Definição de metas, Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento, e Coordenação da atenção ao acompanhamento. Essas dimensões estão organizadas, coerentemente, em um total de 20 afirmativas, para as quais há uma escala Likert com valores de 1 a 5 (correspondentes a 'nunca', 'poucas vezes', 'algumas vezes', 'muitas vezes', e 'sempre'). Estava previsto que as pessoas usuárias respondessem de próprio punho, porém, o nível de escolaridade dos respondentes, inclusive

alguns não alfabetizados, demandou ajuda dos pesquisadores, ficando estabelecido que apenas as pessoas que se sentissem capazes responderiam de próprio punho. O *quadro 1* mostra algumas variáveis, seus respectivos componentes e as alternativas possíveis em ambos os instrumentos de avaliação.

Como variáveis dependentes, foram utilizadas as dimensões de ambos os instrumentos, as quais foram analisadas em relação a três variáveis independentes, identificadas como: 'grupo' (controle e intervenção);

Quadro 1. Dimensões, componentes e valores para avaliação da atenção às Condições Crônicas pelas equipes de saúde e usuários, segundo os instrumentos utilizados em Curitiba, em 2012 e 2013

Avaliação da capacidade institucional para a atenção às condições crônicas - ACIC		Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Dimensão	Componente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Organização da Atenção à Saúde	Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos usuários ou as mudanças sistêmicas.			...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos usuários e as mudanças sistêmicas.			...encorajam o autocuidado pelos usuários ou as mudanças sistêmicas.			...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.		
Articulação com a comunidade	Parcerias com organizações comunitárias...	...não existem.			...estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.			...estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.			...são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.		
Desenho do sistema de prestação de serviços	Monitoramento da condição crônica...	...não está organizado.			...é ofertado quando a pessoa usuária solicita.			...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.			...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.		

Avaliação do usuário sobre o cuidado às condições crônicas - PACIC						
Dimensão	Questão	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Adesão ao tratamento	3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos?	1	2	3	4	5
Definição de metas	11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde?	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de MacColl Institute for Health Care Innovation (2010)

‘tempo’ (linha de base e após um ano); e a variável de interação ‘grupo x tempo’. As mudanças entre a linha de base e após um ano foram analisadas pelas médias das pontuações obtidas das equipes e pessoas usuárias, com tratamento estatístico utilizando o programa SPSS 20. Para avaliar a distribuição da amostra, foi aplicado o Teste de Kolmogorov-Smirnov e, para buscar correlações entre as variáveis, foi utilizado o Teste de Pearson. Por último, foi aplicado o Teste de Games-Howell (múltiplas comparações), para buscar diferenças estatisticamente significantes entre as variáveis dependentes e independentes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (parecer 5498/11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (parecer 104/2011). Em todas as ocasiões em que a coleta de dados envolvia pessoas, houve prévia assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A amostra apresentou uma distribuição normal, com as estatísticas descritivas das variáveis revelando dispersão próxima da média.

A avaliação da capacidade institucional foi marcada pela heterogeneidade. Nesse período, houve mudança da gestão municipal, com consequente mudança de diversos profissionais na composição de equipes e nas chefias, o que poderia repercutir na avaliação da capacidade institucional. Os resultados da avaliação institucional, de acordo com as dimensões analisadas, são apresentados na *tabela 1*.

Percebem-se diferenças na avaliação da capacidade institucional para o cuidado às Condições Crônicas nas dimensões avaliadas junto a cada equipe de saúde, com a média variando entre 5.70 e 7.67 nas unidades de intervenção após um ano. Situação análoga foi observada por Bonomi *et al.* (2002) que encontraram médias inferiores (entre 4.36 e 6.42), porém, com amplitudes semelhantes, afirmando que essas diferenças não comprometem a eficácia avaliativa do ACIC.

Tabela 1. Avaliação institucional por dimensões obtidas junto às equipes de Atenção Básica em Curitiba, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013

ACIC	Grupo controle				Grupo intervenção				ANOVA		
	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	p1	p2	p3
Dimensões											
1) Organização de atenção à saúde	7,69	2,00	7,70	0,83	7,77	1,31	6,81	1,82	0,34	0,25	0,24
2) Articulação com a comunidade	7,66	2,06	6,64	1,28	6,34	2,24	6,69	1,55	0,21	0,51	0,18
3) Autocuidado apoiado	7,66	1,93	6,71	1,78	7,53	2,56	5,70	2,44	0,63	0,32	0,48
4) Suporte à decisão	7,53	2,68	5,72	1,59	6,57	2,56	5,70	2,44	0,45	0,06	0,47
5) Desenho do sistema de prestação de serviços	8,89	1,48	8,21	1,04	8,20	2,12	7,67	1,37	0,11	0,49	0,74
6) Sistema de informação clínica	8,12	2,54	7,42	1,78	6,80	3,35	6,56	3,35	0,11	0,49	0,74
7) Integração dos componentes do modelo de atenção	7,23	2,50	6,30	1,54	6,09	3,22	6,42	1,73	0,44	0,65	0,34

Fonte: Elaboração própria

Legenda: MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão na linha de base; DV1=desvio padrão após um ano;

p1=entre grupos; p2=entre tempos; p3=entre grupos e tempos

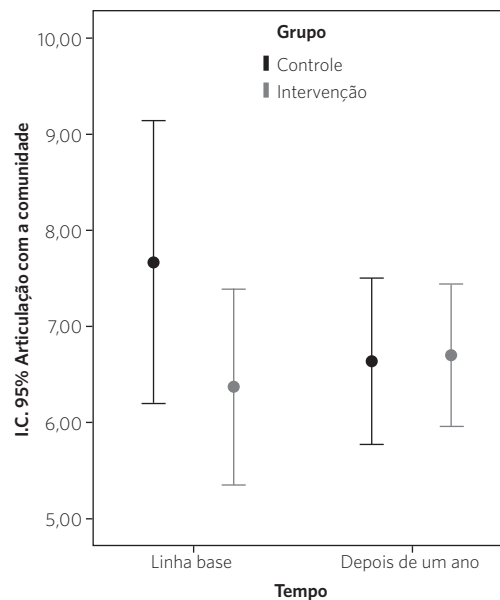
Nota: 21 equipes respondentes em 2012, 30 equipes respondentes em 2013, e pontuação máxima possível =11

Nenhuma das variáveis dependentes, na avaliação da capacidade institucional, demonstrou significância estatística com as independentes. Algumas dimensões apresentaram reduções nas médias após um ano, o que pode ser explicado pela hipótese de algumas equipes pensarem ofertar uma atenção ótima às Condições Crônicas, porém, com a mudança do modelo e as avaliações consecutivas, perceberem que não é bem assim, o que aumenta a autocrítica. Com o decorrer do tempo, espera-se que sua compreensão sobre atenção integral aumente e, com a continuidade do processo, mudanças efetivas poderão ser observadas, com melhoria da pontuação. Isso inclusive está explicitado pelo *MacColl Institute* e serve como estímulo para equipes que não tenham alcançado valores condizentes com seu desempenho esperado e o realmente observado. Constatações semelhantes foram registradas por outros pesquisadores em diversas regiões (STEURER-STEY ET AL., 2012; CRAMM; NIEBOER, 2012; COPE; HIGGINS, 2012).

Após um ano, as variáveis dependentes que apresentaram discreto aumento foram Articulação com a comunidade e Integração dos componentes do modelo de atenção. As equipes de saúde evidenciam tendências de melhoras quanto à Articulação com a comunidade em potencializar seu envolvimento no cuidado às Condições Crônicas. No seguimento de um ano, a pontuação dessa variável aumentou de 6.34 para 6.69 nas unidades de intervenção. Resultado semelhante ocorreu com Integração dos componentes do modelo de atenção, que passou de 6.09 para 6.42. Nas unidades controle, todas as dimensões de avaliação institucional tiveram redução após um ano, exceto Organização de atenção à saúde, que se manteve praticamente estável.

A *figura 1* ilustra o incremento da variável Articulação com a comunidade no grupo intervenção, e sua redução no grupo controle, o que demonstra um provável resultado da capacidade inovativa do novo modelo.

Figura 1. Pontuação média e respectivos intervalos de confiança, obtidos pelas equipes de atenção básica de Curitiba, na dimensão Articulação com a comunidade, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Nota: 21 equipes respondentes em 2012, 30 equipes em 2013, e pontuação máxima possível =11

Esse resultado também pode evidenciar melhor apreensão das equipes sobre metas organizacionais, clareza das diretrizes de atenção programada e reconhecimento da liderança institucional, que são questões que compõem essa dimensão. Kaissi e Parchman (2006), utilizando o ACIC para portadores de diabetes do tipo 2, destacaram que as dimensões Suporte à decisão e Desenho do sistema foram mais frequentemente correlacionados com qualidade do cuidado em seu estudo.

A avaliação dos usuários ocorreu nas próprias unidades de saúde, com maior prevalência de idades entre 45 e 70 anos, sendo 65,5% mulheres e 34,5% homens. De acordo com os registros analisados, 34,5% da população não tinha renda, e 56,2% do total recebia até cinco salários mínimos. Apesar da grande falta de registro sobre a ocupação da população cadastrada nas unidades de saúde, foi identificada uma significativa parcela

de pedreiros, seguranças, condutores de veículos, auxiliares de escritório/contabilidade, comerciantes e vendedores entre os homens. Entre as mulheres, a maioria se dizia do lar. Em torno de 58% da população havia cursado o ensino fundamental, além de 6,6% de pessoas que não sabiam ler ou escrever. Entre as Condições Crônicas que apresentavam, aproximadamente 20% eram portadores de *diabetes mellitus* tipo 2, 59% tinham hipertensão arterial sistêmica, e 21% estavam em tratamento contra depressão. Com pequenas variações, esse perfil repetiu-se na segunda coleta, um ano depois da implantação do novo modelo.

Observou-se relativa heterogeneidade quanto à percepção das pessoas usuárias. Ficou demonstrada uma diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões para o grupo intervenção no período após um ano, com evidente aumento das pontuações mínimas, médias e máximas, o que caracteriza um impacto positivo do novo modelo de atenção (tabela 2).

As pontuações mais baixas foram observadas no grupo controle, incluindo na linha de base a Adesão ao tratamento e, após um

ano, a Definição de metas, aspectos relacionados à participação na definição do tratamento e reconhecimento de estratégias que apoiem mudanças de comportamento. Diversamente, Glasgow *et al.* (2005), em pesquisa apenas com portadores de *diabetes* do tipo 2, encontraram as menores pontuações em Modelo de atenção e Coordenação da atenção ao acompanhamento.

Depois de um ano da implantação do modelo, pontuações baixas ainda foram observadas no grupo controle, porém, com valores maiores para Adesão ao tratamento (de 2.23 para 2.41) quanto para Resolução de problemas/contextualização do acompanhamento (de 2.25 para 2.54). Interessante notar que esses resultados, pelo fato de se referirem ao grupo controle, podem sinalizar uma possível 'propagação' do novo modelo, pois algumas unidades controle estão geograficamente próximas de outras de intervenção, e seus profissionais em constante diálogo.

Todas as unidades de saúde de intervenção apresentaram aumentos nas médias, sendo que Modelo de atenção foi a dimensão com menor incremento, passando de 3.49 para 3.73, o que ainda é uma média considerada

Tabela 2. Pontuações médias e respectivos desvios padrões, com correspondentes estatísticas ANOVA, obtidos pelos usuários de Atenção Básica de Curitiba, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013

PACIC	Grupo controle				Grupo intervenção				ANOVA		
Dimensões	MD	DV	MD1	DV1	MD	DV	MD1	DV1	p1	p2	p3
1) Adesão ao tratamento	2,23	1,22	2,41	0,73	2,60	1,22	3,26	0,79	0,00	0,00	0,00
2) Modelo de atenção/Tomada de decisão	3,38	1,19	2,86	0,66	3,49	1,04	3,73	0,70	0,00	0,02	0,00
3) Definição de metas	2,87	1,17	2,69	0,62	3,22	1,00	3,58	0,63	0,00	0,00	0,00
4) Resolução de problemas/Contextualização do Acompanhamento	2,25	1,26	2,54	0,60	2,86	1,23	3,45	0,67	0,00	0,00	0,02
5) Coordenação da atenção ao acompanhamento	2,80	1,21	2,71	0,81	2,92	1,10	3,62	0,81	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria

Legenda: MD=média na linha de base; MD1=média após um ano; DV=desvio padrão na linha de base; DV1=desvio padrão após um ano; p1=entre grupos; p2=entre tempos; p3=entre grupos e tempos

Nota: 513 respondentes em 2012, 390 em 2013, e pontuação máxima possível =5.

boa. Isso pode sugerir que o sistema de cuidado do modelo anterior já apontava para a integração e resolutividade, com as pessoas atribuindo pouca percepção de mudança de modelo em questões que compõem essa dimensão (por exemplo, orientação por parte da equipe, satisfação com a organização do atendimento, informações sobre o que influencia a saúde), o que já fora salientado na literatura (CRAMM; NIEBOER, 2012; RICK ET AL., 2012).

Para efeito de ilustração dos resultados, se levarmos em consideração apenas o grupo intervenção, Adesão ao tratamento foi uma das dimensões que teve aumento estatisticamente significativo, o que se pode evidenciar pela distância entre as médias e intervalos de confiança (linha base e após um ano), passando de 2.60 para 3.26 (figura 2).

Adesão ao tratamento também mostrou diferença estatisticamente significativa com todas as variáveis independentes, com

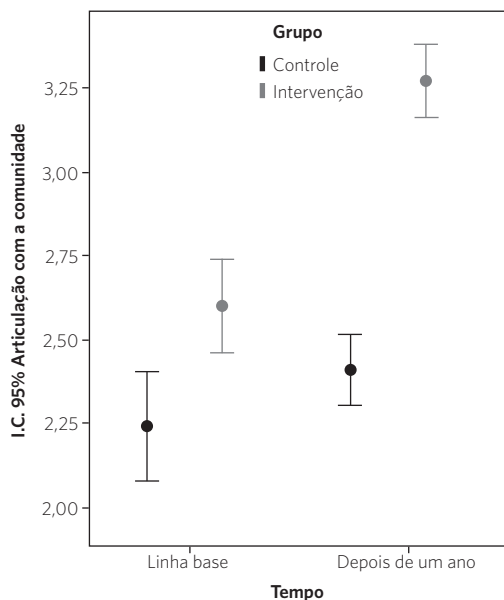
$p=0,00$. Finalmente, Coordenação da atenção ao acompanhamento apresentou significativa diferença estatística para todas as variáveis independentes ($p=0,00$), comprovando a diferença observada entre grupo controle e grupo intervenção, e de forma significativa no grupo intervenção após um ano.

As diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dependentes do grupo intervenção, sob a perspectiva temporal de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, sugere que ele é mais bem avaliado pelas pessoas usuárias do que pelas equipes de saúde. Ainda assim, os resultados de linha de base sinalizam a necessidade de ampliação do envolvimento e participação dos usuários, bem como maior suporte das equipes de saúde, conforme salientado na literatura (SCHMITTDIEL ET AL., 2008).

Conforme destaca Salazar (2004), a complexidade de intervenções de inovação em saúde exige que a abordagem metodológica permita avaliar não somente se a intervenção alcançou seus objetivos finalísticos (melhores desfechos em saúde), mas também compreender o fundamento das ações e os mecanismos vinculados ao processo político e social, que fazem com que a intervenção funcione ou não. Assim, um aspecto importante a ser considerado seria o tempo necessário para a observação de mudanças efetivas nessas dimensões avaliativas. Doenças e Condições Crônicas estão vinculadas a determinantes sociais, ambientais, comportamentais e biológicos, os quais somente podem ser alterados substancialmente em períodos mais longos de intervenção/observação. Indicadores de resultados intermediários, como mudanças no comportamento ou maior adesão aos programas específicos, poderiam ser objetivos mais adequados para o curto prazo (LIU ET AL., 2013).

No caso de Curitiba, ao analisar as respostas de ambos os grupos, foi possível capturar sinais de efetividade de um complexo processo que aponta para mudanças sensíveis na atenção às Condições Crônicas. As lições aprendidas

Figura 2. Pontuação média e respectivos intervalos de confiança, obtidos pelos usuários da Atenção Básica de Curitiba, na dimensão Adesão ao tratamento, nos grupos controle e intervenção, nos anos de 2012 e 2013



Fonte: Elaboração própria

Nota: 513 respondentes em 2012, 390 em 2013, e pontuação máxima possível =5

demonstraram a importância da valorização da participação e fortalecimento dos grupos diretamente envolvidos no processo de intervenção, por meio de ação reflexiva, incluindo a gestão, as equipes locais e as pessoas usuárias.

Algumas das dificuldades e limitações para a implantação do novo modelo de atenção foram relacionadas à estrutura física das unidades de saúde. Aquelas recém-construídas ou que foram modernizadas com a construção do Espaço Saúde (espaço próprio para a condução de trabalhos em grupo) tinham melhores condições para implantar as mudanças na atenção compartilhada, enquanto aquelas que dependiam de estrutura física fora da unidade, muitas vezes utilizando até espaços externos e pátios, demonstravam maiores dificuldades para mobilização de profissionais e usuários.

Outro diferencial percebido foi a presença e suporte dos núcleos de apoio. Unidades que já contavam com o apoio desses núcleos puderam avançar mais rapidamente nas novas abordagens de atenção. A incorporação do plano de autocuidado podia ser considerada como incipiente no momento das discussões com as equipes. Apesar de alguns profissionais já estarem trabalhando com o monitoramento de planos de autocuidado, na maioria das unidades eles ainda não tinham tido oportunidade de vivenciar essa experiência. A escolha da abordagem pedagógica para implantação do autocuidado, que propunha o exercício inicial entre os próprios membros das equipes, foi considerada como um aspecto positivo que facilitou o processo. Entre outras estratégias que facilitaram as ações, podem ser citadas a disponibilização de ferramentas e estratégias concretas que puderam ser aplicadas na prática cotidiana

para apoiar as equipes, complementando o suporte dos núcleos de apoio.

A análise de contexto e estrutura possibilitou conhecer o espaço sociocultural em que as ações foram desenvolvidas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às Condições Crônicas. Profissionais da saúde e pessoas usuárias surpreendiam-se ao descobrir aptidões e habilidades que até então desconheciam, entre seus pares e em si próprios. Essa conscientização de situações foi um dos principais facilitadores em todo o processo, possibilitando às equipes de saúde e usuários identificarem importantes mudanças no processo de trabalho.

Conclusões

A partir das dimensões analisadas, foi possível identificar associações entre as mudanças ocorridas pela implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a melhora no cuidado a essas condições, particularmente na percepção de usuários em unidades de intervenção, *vis-à-vis* com as de controle. A utilização dos instrumentos ACIC e PACIC demonstrou que estes podem caracterizar-se como ferramentas importantes; ou seja, possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho na atenção às Condições Crônicas, além de favorecer o monitoramento de inovações e a percepção das equipes e de cidadãos usuários. Uma análise mais aprofundada de nexos causais, quiçá associando o novo modelo a desfechos terminais em saúde, talvez só se concretize depois de transcorrido um tempo maior, em um desenho metodológico longitudinal. ■

Referências

- BLOOM, D. E. et al. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011. Disponível em: <www.weforum.org/EconomicsOfNCD>. Acesso em: 15 dez. 2012.
- BONOMI, A. E. et al. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, Chicago, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002.
- CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.
- COPE, K.; HIGGINS, R. *On-line learning providing self-management support skills to chronic care clinicians across the rural and metropolitan workforce*. Australian Resource Centre for Healthcare Innovations, 2012. Disponível em: <<http://www.archi.net.au/resources/workforce/learning/online-cdsm>>acesso: 12 ago. 2013>. Acesso em: 12 maio 2012.
- CRAMM, J. M.; NIEBOER, A. P. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, Londres, v. 10, n. 1, p. 104, 2012.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institutet för Framtidsstudier, v. 14, 2007. Disponível em: <[http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2011.
- GLASGOW, R. E. et al. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with Diabetic Patients. *Diabetes Care*, New York, v. 28, n. 11, p. 2655-2661, 2005.
- KAISSI, A. A.; PARCHMAN, M. Assessing chronic illness care for diabetes in primary care clinics. *Journal on Quality and Patient Safety*, v. 32, n. 6, 2006, p. 318-323.
- LIU, L. J. et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care, Glycemic Control and the Utilization of Community Health Care among the Patients with Type 2 Diabetes in Shanghai, China. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 8, n. 9, p. e73010, 2013.
- MACCOLL INSTITUTE FOR HEALTH CARE INNOVATION. *Survey instruments, 2006-2014*. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS: CONASS, 2011.
- MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.) *Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná*. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.
- PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. Washington, D.C.: PAHO, 2011. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14832&Itemid>. Acesso em: 15 fev. 2012.
- PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2008. Disponível em: <<http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/5>>. Acesso em: 12 mai. 2011.
- RICK, J. et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *Health Services Research*. Chicago, v. 12, n. 1, 2012, p. 293.
- SALAZAR, L. *Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida*. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
- SCHMITTDIEL, J. et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine*, New York, v. 23, n. 1, p. 77-80, 2008.
- STEURER-STEY, C. et al. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, New York, v.18, n. 1, p. 1-4, 2012.

WAGNER, E. H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, New York, v. 20, n. 6, p. 64-78, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on non-communicable diseases 2010*. Italy: WHO Library, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 21 jun. 2011.

Recebido para publicação em março de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

- Carta Acordo BR/ORLA/1200096.001.

Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais*

The Family Health Strategy impact on the hospital morbidity profile in Minas Gerais

Antônio Gonçalves Maciel¹, Antônio Prates Caldeira², Francisco José Lopes de Sousa Diniz³

* Artigo escrito a partir da tese de Doutorado do autor – Impacto da Estratégia de Saúde da Família – ESF sobre a Morbidade Hospitalar no Estado de Minas Gerais –, defendida em 2012, no programa de Doutorado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Portugal.

¹Doutor em Gestão pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) – Vila Real, Portugal. Professor do Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. antoniomaciellm@hotmail.com

²Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor adjunto da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. antonioprates@viamoc.com.br

³Doutor em Economia pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) – Vila Real, Portugal. Professor associado c/ agregação (aposentado) do departamento de Economia Sociologia e Gestão da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) – Vila Real, Portugal. Investigador Efetivo do Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad) – Vila Real, Portugal. fdiniz@utad.pt

RESUMO Este estudo verifica o potencial da Estratégia Saúde da Família em reduzir a morbidade hospitalar por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais. Utilizou-se a análise longitudinal retrospectiva em série histórica de dez anos. A técnica aplicou o modelo de regressão e, a partir do estimador encontrado, observou-se o percentual de cobertura capaz de impactar a redução das taxas de morbidade hospitalar. Foi demonstrada a redução de 68,87 pontos nas taxas de internações sensíveis ao cuidado primário, contra o aumento de 9,87 pontos nas taxas de hospitalizações por causas não sensíveis. Os resultados inferem que o estudo tem implicações para a gestão da saúde no estado de Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Indicadores de morbimortalidade; Nível de saúde; Morbidade; Gestão de serviços de saúde.

ABSTRACT This study verifies the Family Health Strategy potential in reducing the hospital morbidity in the state of Minas Gerais by the indicator of hospitalization for sensitive conditions to primary care. The retrospective longitudinal analysis was used in a ten-year time series. The technique used the statistical regression model and, according to the found estimator, observed the percentage of coverage able to impact in reducing rates of hospital morbidity. The rate of hospitalization for sensitive conditions to primary care was reduced by 68,87 points, against a 9,87 points increase on the reduction for not sensitive conditions. The results indicate the implications this study has for the health management in Minas Gerais.

KEYWORDS Health evaluation; Indicators of morbidity and mortality; Health status; Morbidity; Health services administration.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), de baixo custo, sem incremento de novas tecnologias, com foco na promoção e prevenção de doenças, em busca de oferecer maior satisfação e conforto aos usuários, com a finalidade de dar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e reduzir as internações hospitalares, transformou-se nos últimos 16 anos no paradigma hegemônico da atenção primária brasileira e, por essas razões, é apontada como a principal estratégia de enfrentamento da crise da saúde no País.

Em Minas Gerais, a proposta de ESF vem sendo implantada gradativamente desde 1995. Em 2012, o Ministério da Saúde registrava a existência de 4.447 equipes implantadas em um total de 846 municípios, com a cobertura de 71,02% da população mineira, o que corresponde a cerca de 14 milhões de pessoas.

A consolidação da ESF aliada ao processo de descentralização do sistema de saúde coloca em destaque a responsabilidade dos municípios e seus gestores em implementar, com efetividade, a Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, como assevera Abrucio (2005), a avaliação das políticas de saúde assume papel de relevância para orientar as políticas públicas e buscar a melhoria dos serviços ofertados à população.

Com esse propósito, o presente artigo busca avaliar o impacto da ESF em Minas Gerais sobre a morbidade hospitalar nos últimos dez anos de sua implantação.

Do objeto e sua problematização

O objeto do presente estudo consiste em avaliar indiretamente a capacidade de resolução da APS, sendo a análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) o indicador utilizado para avaliar o resultado, efeito ou impacto da atenção oferecida neste nível do sistema de saúde.

O termo ICSAP foi desenvolvido por John Billings *et al.* (1993), nos Estados Unidos da América na década de noventa, com a denominação Ambulatory Care Sensitive conditions — Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) comprovou a hipótese de que disparidades nas internações por certas doenças consideradas de fácil prevenção, ou por aquelas que seriam passíveis de diagnóstico e tratamento precoce, de modo a evitar a hospitalização, refletem a inadequação da APS às necessidades de determinadas comunidades.

Na Espanha, estudos de Caminal e Casanova (2003) apontaram o tamanho do município, a distância dos hospitais de referência e as características da organização como elementos para a associação das taxas de hospitalizações por condições sensíveis ao cuidado primário.

Alfradique e Mendes (2001) constataram que no Brasil, em 2001, as internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) totalizaram 12.426.111, dessas, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção primária, ou 27,4% do total desse ano. A retirada dos partos do universo pesquisado elevaria esse percentual para 33,8%. Estudos realizados por Maciel (2012) constataram um quadro semelhante no que diz respeito ao total geral de internações: de Minas Gerais para o Brasil em 2001, de 1.271.583 internações pagas pelo SUS, 352.985, ou 27,7% foram por condições sensíveis à atenção primária. Entretanto, a exclusão dos partos do total de internações elevaria esse percentual para 35,6%, apontando um desempenho percentual (1,8%) maior no estado de Minas Gerais, comparado com o Brasil.

Em Minas Gerais, estudos de Fernandes, Caldeira, Faria e Rodrigues Neto (2009) comprovaram que a não realização de controle de saúde na atenção primária implica maior associação com internações por condições sensíveis.

A busca mais eficiente da assistência hospitalar pressupõe a identificação e diminuição das internações hospitalares evitáveis. Exemplos dessas internações evitáveis

ocorrem com pacientes que poderiam ser atendidos em nível primário, ou até em hospitais de pequeno porte e complexidade (CAMINAL ET AL., 2002).

Alfradique *et al.* (2009) argumentam que ações de promoção e prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Vários estudos demonstram que altas taxas de ICSAP estão associadas à deficiência na cobertura dos serviços e baixa resolubilidade da atenção primária para determinados problemas de saúde.

Os estudos acima citados mostram evidências de que serviços de atenção primária de melhor qualidade estão associados a taxas mais baixas de ICSAP.

No Brasil, o Ministério da Saúde, buscando institucionalizar a avaliação dos serviços, oficializou a lista de ICSAP. A justificativa dessa medida adotada pelo Ministério da Saúde considerou a ESF como prioritária para a organização da atenção primária. O impacto desse nível de atenção na redução das internações hospitalares em vários países e a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar como medida indireta de avaliação do funcionamento da atenção primária nos âmbitos nacional, estadual e municipal se tornaram um marco institucional de avaliação dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a questão colocada é se o aumento da cobertura da ESF impacta nas taxas de ICSAP.

A nossa hipótese é que o modelo de cuidado primário implantado no estado de Minas Gerais por meio da ESF é de razoável resolubilidade e evitou, nos últimos dez anos, a hospitalização por patologias sensíveis ao cuidado primário.

Assim, o presente estudo apresenta uma metodologia de avaliação indireta da ESF, para medir o desempenho da atenção primária na redução das internações por ICSAP no estado de Minas Gerais.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, de análise longitudinal retrospectiva, que usa dados documentais de fontes oficiais. O universo do estudo compreende o estado de Minas Gerais no período entre 2003 e 2012.

O uso de dados documentais deveu-se à sua disponibilidade por série de tempo, à vantagem de reduzir a margem de erro e possibilitar a análise da evolução do impacto das variáveis morbidade hospitalar e cobertura da ESF ao longo dos últimos dez anos.

As fontes de dados de morbidade hospitalar são aquelas provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

As listas dos grupos diagnósticos das morbidades, classificadas em ICSAP, são aquelas constantes da lista brasileira publicada pela portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008, e para as taxas de não ICSAP, aquelas não classificadas na referida portaria, a partir dos dados de internações de todo o estado (BRASIL, 2008).

As fontes de informações sobre cobertura da ESF são aquelas provenientes do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e referem-se ao número de equipes de Saúde da Família aprovadas para receber incentivo financeiro federal. Esse número é obtido pelo cálculo: $N^{\circ} \text{ de EqSF} \times 3.450$ (média de pessoas acompanhadas por uma equipe).

Os dados populacionais utilizados para o cálculo das taxas de internação são aqueles disponibilizados pelo censo demográfico do IBGE (2011); para o ano de 2010, considerou-se a população censitária, e, para os demais anos, foram consideradas as estimativas populacionais disponibilizadas pelo DATASUS.

Para o tratamento preliminar dos dados, fez-se uso do programa *Tab* para *Windows* (*TabWin 3.5*) e *Microsoft Excel*, versão 97-2003, para a tabulação das variáveis, com o mesmo número de observações para o

estado, onde as unidades de população, cobertura percentual de ESF e taxas de ICSAP correspondem aos mesmos períodos de tempo, ou seja, de 2003 a 2012.

A análise estatística utilizou o modelo de regressão linear. Essa técnica permitiu estimar o valor da variável resposta ou dependente (taxa de internação hospitalar) em função da outra variável explicativa ou independente (cobertura de ESF).

Os procedimentos estatísticos permitem estimar o valor da variável morbidade hospitalar, classificada em taxas de ICSAP, em função da variável cobertura de equipes de Saúde da Família, conforme modelo de regressão utilizado.

Para obter-se a linha de regressão, utilizou-se a técnica matemática conhecida como método de mínimos quadrados, que minimiza a soma dos quadrados dos resíduos, isto é, minimiza a função $\sum (y_{obs} - \hat{y})^2$, em que $\hat{y}$ representa o valor estimado pela equação para dado valor x .

Para operacionalizar os resultados, foi necessário padronizar a variável dependente em taxas por dez mil habitantes e para a variável independente, utilizou-se a proporção da população assistida pela ESF como indicador de cobertura. Os dados padronizados reduziram o desvio padrão em torno da média. Foi comparado como as variáveis mudaram ao longo dos dez anos da série histórica e calcularam-se os valores médios e desvios-padrão para todos os anos 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012. As diferenças nos valores médios entre os períodos de tempo foram avaliadas através de análise de variância. Assim, foi calculado o erro padrão como teste de sensibilidade para controlar possíveis heterocedasticidade e auto correlação (Pearson).

Para comparar a magnitude dos efeitos da cobertura sobre as ICSAP, apresentaram-se os seus efeitos marginais. Essa estatística representa a variação da taxa de ICSAP dada uma variação de um dígito na variável independente cobertura, quando mantidos todos

os outros valores fixados, sem nenhuma alteração em seu significado.

Um dos coeficientes associados à equação é o coeficiente de correlação linear, representado por r , que representa, na escala $(-1, 1)$, a correlação ou associação entre as duas variáveis; o quadrado deste coeficiente constitui o coeficiente de correlação total, ou coeficiente de determinação, representado por R^2 , que traduz o percentual de variabilidade de ICSAP, que é explicada pela cobertura de ESF.

Para proceder ao cálculo da equação de regressão, foram executados os procedimentos do programa *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 18.0. O SPSS dispõe de uma rotina que permite o ajustamento de vários modelos pré-definidos de regressão a uma amostra de valores bivariados (x, y) .

Importante registrar o alcance metodológico do presente estudo em testar um modelo de regressão múltipla com outras variáveis socioeconômicas que atuam como determinantes do processo saúde doença. Entretanto, a delimitação do objeto de estudo, em avaliar o impacto da cobertura de ESF na redução da ICSAP, nos levou a optar pelo modelo simples de regressão.

Apresentação dos resultados

Na *tabela 1*, observa-se que houve uma redução de 7,21% no número total de internações em Minas Gerais entre 2003 a 2012, passando de um patamar de 1,272 milhões para 1,180 milhões de internações por ano.

Quando consideradas as ICSAP, chama a atenção o fato dessas internações terem diminuído (111.151) em número absoluto, enquanto as não ICSAP aumentaram (65.138) no período considerado. As ICSAP representavam cerca de 35,97% das internações (sem parto) em 2003 no início da série histórica. Desde então, observa-se uma constante redução na proporção de ICSAP, atingindo o percentual mais baixo em 2012 (26,2%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Tendência das ICSAP, não-ICSAP e partos em Minas Gerais, 2003-2012

Ano de saída	Total Geral de internações	Partos	Total sem partos	ICSAP	Não-ICSAP
2003	1.272.643	258.971	1.013.672	364.648	649.024
2004	1.234.617	254.018	980.599	331.459	649.140
2005	1.204.000	253.493	950.507	309.626	640.881
2006	1.189.975	241.621	948.354	303.016	645.338
2007	1.156.544	230.726	925.818	280.162	645.656
2008	1.142.684	227.293	915.391	259.553	655.838
2009	1.131.150	223.557	907.593	253.024	654.569
2010	1.156.185	218.955	937.230	258.787	678.443
2011	1.166.513	217.902	948.611	249.600	699.011
2012	1.180.894	213.235	967.659	253.497	714.162
Variação	-91.749	-45.736	-46.013	-111.151	65.138

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS

Na *tabela 2*, estão representados os percentuais de cobertura de ESF e as taxas de internações por dez mil habitantes. Observa-se nos percentuais de cobertura de ESF uma tendência de aumento gradual ao longo dos anos estudados. A cobertura passou de 47,62 em 2003 para 71,02 em 2012, um crescimento

de 23,45 na série histórica, em média 2,34 pontos percentuais de crescimento ao ano.

Já nas taxas de internações hospitalares, observa-se a exceção das não ICSAP, uma tendência de redução ao longo dos anos estudados. A taxa de internações, excluídos os partos, passou de 546,36/10.000 em 2003 para

Tabela 2. Taxa de internação por 10.000 habitantes- Minas Gerais- 2003 a 2012

Ano de saída	% de Cobertura de ESF	Taxa Geral Excluído partos	Taxa de ICSAP	Taxa de Não-ICSAP
2003	47,62	546,36	196,54	349,82
2004	50,30	522,64	176,66	345,98
2005	55,45	494,09	160,95	333,14
2006	58,99	486,85	155,56	331,29
2007	59,58	469,50	142,08	327,42
2008	63,17	461,15	130,76	330,40
2009	65,84	453,02	126,30	326,73
2010	66,73	478,24	132,05	346,19
2011	69,84	480,83	126,52	354,31
2012	71,02	487,35	127,67	359,68
Variação	23,40	-59,00	-68,87	9,87

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares e Departamento de Atenção Básica

487,35/10.000 em 2012. Quando comparadas às taxas de ICSAP e não ICSAP, observa-se uma redução significativa das taxas de ICSAP (196,54) em 2003, para (127,67) em 2012. Ao contrário, as não ICSAP aumentaram de 349,82, em 2003, para (359,68) 2012, (*tabela 2*).

Quando comparadas as variações nas taxas de ICSAP e não ICSAP ao longo dos 10 anos, observa-se uma redução média anual de 6,9 pontos nas taxas de ICSAP e um aumento médio anual de 0,99 (quase um dígito) nas taxas de não ICSAP.

Tendências das ICSAP por grupo de diagnóstico em Minas Gerais

A *tabela 3* analisa todas as ICSAP no ano de 2012; observa-se que os 10 grupos com maior número proporcional de internações representam cerca de 86,29% das ICSAP, e os nove menos frequentes, apenas 14,71% do total. Nos cinco grupos mais prevalentes, a insuficiência cardíaca é responsável por 15,43% das internações por ICSAP, seguido das gastroenterites, 12,04%; infecções do rim e trato urinário, 10,95%; doenças cerebrovasculares, 9,45% e doenças pulmonares, 8,67%.

Dentre os 19 grupos de causas estudados, quinze apresentaram reduções em suas taxas de internação no período compreendido por esta pesquisa. Chama a atenção nos quatro grupos que aumentaram suas taxas o incremento na participação proporcional das infecções do rim e trato urinário, terceira mais prevalente, (10,95%); Angina (7,45%); Infecções da pele e tecido subcutâneo (3,37%) e, infecções do otorrino (0,95%), demonstrando baixa sensibilidade ao cuidado primário (*tabela 3*).

Quando se observa a evolução das taxas de ICSAP em Minas Gerais nos 10 grupos mais prevalentes, o grupo da insuficiência cardíaca continua como primeiro no ranque, com a maior taxa em todo o período estudado, 30,77/10.000 em 2003 e 19,70/10.000 em 2012; seguido das gastroenterites infecciosas e complicações, 31,29/10.000 em 2003, para 15,37/10.000 em 2012 (*tabela 3*).

Nota-se uma oscilação das taxas de morbidade para os demais grupos ao longo do período; doenças pulmonares, que estavam na quarta posição em 2003, caem para a quinta posição em 2012; a asma cai da sexta posição em 2003 para a oitava posição em 2012, o grupo da hipertensão cai da oitava posição em 2003 para a 12^a em 2012, e o grupo da úlcera gastrointestinal cai da 10^a para a 14^a posição. Por outro lado, nota-se um aumento das taxas de morbidade para o grupo da angina, de 7,45 para 9,51/10.000, no período de 2003 a 2012; e infecções do rim e trato urinário, de 13,26 para 13,98/10.000, respectivamente (*tabela 3*).

Tratando-se de redução nas taxas de morbidade nos cinco primeiros grupos, do ano final para o ano inicial da série histórica, chama a atenção o grupo das gastroenterites, (-15,92) pontos de redução na taxa; as pneumonias bacterianas (-11,51) pontos; Insuficiência cardíaca (-11,08) pontos; Asma e hipertensão que obtiveram redução de (-6) pontos nas taxas. Por outro lado, o grupo que apresentou o maior incremento foi angina, (+2,06) pontos na taxa, seguido por infecção no rim e trato urinário, (+0,72) pontos na taxa. Outro dado importante se refere ao diabetes, que, embora seja uma patologia que requer controle especial pelo cuidado primário, obteve uma discreta redução, de (8,16) em 2003 para (7,85) em 2012, caindo de nona para oitava posição no período (*tabela 3*).

Tabela 3. Evolução das taxas de ICSAP por 10.000 hab, por grupo de diagnósticos CID10 e variação percentual, Minas Gerais, 2003 a 2012

ICSAP por Grupo de causa CID-10	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Redução	Variação %
Gastroenterites	31,29	25,47	23,39	22,70	18,11	17,64	15,64	18,49	14,40	15,37	-15,92	12,04
Pneumonias bacterianas	21,51	20,09	17,29	18,28	15,99	13,92	13,16	11,74	10,10	10,00	-11,51	7,83
Insuficiência cardíaca	30,77	28,83	25,96	23,94	21,74	21,35	20,17	20,29	20,59	19,70	-11,08	15,43
Asma	14,45	13,47	11,58	10,12	9,47	8,17	6,29	6,75	6,06	6,05	-8,41	4,74
Hipertensão	9,94	7,48	6,44	5,87	5,85	4,59	3,93	3,73	3,53	3,46	-6,48	2,71
Doenças pulmonares	17,12	15,89	13,85	13,47	12,14	10,58	10,22	10,43	10,75	11,07	-6,05	8,67
Úlcera gastrointestinal	7,35	6,54	6,08	5,69	5,39	2,20	2,06	2,16	2,06	2,09	-5,26	1,63
Doenças cere- brovasculares	14,62	14,12	13,83	13,29	12,71	11,19	11,28	11,79	11,99	12,07	-2,55	9,45
Doença dos órgãos femininos	3,59	3,46	2,69	2,78	2,36	2,11	1,73	1,79	1,77	1,63	-1,97	1,27
Anemia	1,83	1,61	1,50	1,41	1,26	1,08	0,89	0,76	0,63	0,59	-1,25	0,46
Deficiências nutricionais	5,42	4,82	4,50	4,18	3,93	3,93	4,29	5,04	4,83	4,58	-0,84	3,59
Epilepsias	3,72	3,45	3,26	3,21	2,99	2,82	2,85	2,98	3,03	2,99	-0,72	2,34
Diabetes mellitus	8,16	7,53	7,62	7,31	6,92	7,40	7,46	8,12	7,97	7,85	-0,31	6,15
Doenças preveníveis p/ imunização	1,35	1,15	1,09	1,03	0,84	1,21	1,06	1,00	1,01	1,11	-0,24	0,87
Doenças do pré-natal e parto	0,19	0,16	0,17	0,14	0,10	0,12	0,09	0,06	0,08	0,12	-0,06	0,10
Infecção pele/ tecido subcutâneo	3,98	3,44	3,60	3,74	3,44	2,76	3,43	3,89	4,72	4,30	0,32	3,37
Infecções ouvido/nariz/ garganta	0,53	0,64	0,60	0,55	0,47	0,81	1,03	1,04	1,13	1,22	0,68	0,95
Infecção no rim e trato urinário	13,26	11,95	11,29	10,86	11,01	11,93	12,89	13,14	12,95	13,98	0,72	10,95
Angina	7,45	6,56	6,23	6,99	7,35	6,94	7,83	8,87	8,93	9,51	2,06	7,45
Taxa total de ICSAP	196,54	176,66	160,95	155,56	142,08	130,76	126,30	132,05	126,52	127,67	-68,87	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS

Tabela 4. Modelo de Regressão linear: Cobertura e ICSAP, Minas Gerais, 2003-2012

Minas Gerais	Variável	B	E.P (B)	IC/95% (B)	P-Valor	r	R2	Erro padrão da Estimativa	Desvio padrão da V. dependente	Estatística (F)
	ICSAP -MG	325,15	19,86	(279,3) (370,9)	0,00	0,95	91,00	7,73	24,34	81,21
	COB-MG	-2,91	0,32	(-3,66) (-2,17)	0,00					

Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS

Resultados da análise estatística dos dados

Os resultados da *tabela 4* verificam impactos da cobertura sobre a taxa de morbidade por ICSAP. Analisaram-se os dados para o estado de Minas Gerais utilizando a metodologia de regressão. Constatou-se o decréscimo da taxa de morbidade por ICSAP com o aumento do percentual de cobertura da ESF, segundo uma relação aproximadamente linear.

Os resultados encontrados apontam um perfeito ajustamento da curva, a equação da reta estimada é $Y=325,15 + (-2,919x)$, em que X é a cobertura percentual de ESF e Y é a taxa de ICSAP em Minas Gerais, o valor do coeficiente de determinação R², 91%, indica uma forte relação linear das ICSAPs com a cobertura de ESF, e o restante da variação, 9%, não é explicado por essa relação (*tabela 4*).

O procedimento estatístico mostrou o cálculo da equação de regressão apresentada pela tabela da ANOVA; constatou-se a existência de uma relação de dependência entre a cobertura de ESF com a morbidade hospitalar, sendo o valor de (F) 81,21 (significativo) para (P. Valor=0,001) medida pelas taxas de ICSAP. A estatística (F) tem um valor alto (81,21) em relação ao desvio padrão da variável dependente (24,34), quando a variável cobertura de ESF ajuda a explicar a variabilidade da taxa de ICSAP.

Além disso, a tabela da análise de variância forneceu a média da soma dos quadrados dos resíduos, mostrando uma equação bem ajustada aos dados pela distância do erro padrão da estimativa de (cobertura de ESF) = (7,77), comparativamente com o desvio padrão = (24,34) das (taxas de ICSAP).

Assim, encerra-se a apresentação dos resultados deste estudo para empreendermos sua discussão com foco na linha de confirmação ou refutação da hipótese inicialmente apresentada.

Análise e discussão dos resultados

Aqui, se propõe uma reflexão sobre os dados apresentados e infere-se um juízo acerca das hipóteses levantadas, bem como dos objetivos traçados. Os resultados apontam que o estado de Minas Gerais apresentou no período 2003 a 2012 uma redução no número de internações gerais e uma redução significativa nas internações por causas sensíveis à atenção primária. As internações gerais representaram um decréscimo de 7,02% no período. Parte dessa redução deu-se pela diminuição do número de partos (-17,66%), explicada pela queda na fecundidade das mulheres mineiras (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2003). Já as ICSAP experimentaram uma redução de 30,48% no

período (*tabela 1*). No ano de 2003, as ICSAP respondiam por 28,65% das internações gerais realizadas no estado, com este percentual caindo para 21,46 no ano de 2012 (*tabela 1*).

A constatação de redução das ICSAP ocorreu simultaneamente ao aumento da ESF. O estado de Minas Gerais experimentou um aumento da população coberta por equipes de Saúde da Família na série estudada de 47,62%, em 2003, para 71,02%, em 2012. Estudos de Caminal (2002) apontam que o indicador de internações sensíveis ao cuidado primário está indiretamente associado ao aumento e qualidade do cuidado primário, sendo que a maioria das investigações desta temática centra-se na utilização hospitalar potencialmente evitável. Os achados deste estudo nos permite inferir alguma correlação, mesmo que indireta, do impacto do aumento da cobertura da ESF sobre a redução das internações hospitalares em Minas Gerais.

Para efeito de comparação, calcularam-se as taxas por 10.000 habitantes como indicador de evolução do comportamento das morbidades. Os dados demonstraram a redução sistemática das taxas de ICSAP em todos os anos da série estudada. O estado de Minas Gerais reduziu suas taxas de ICSAP de 196,54/10.000, em 2003, para 127,67/10.000, em 2012. Entre 2003 e 2012, a taxa de ICSAP caiu 68,87 pontos, enquanto as taxas de outras causas de internação hospitalar, não ICSAP, aumentaram (9,87) pontos (*tabela 2*).

Estudos de Turci *et al.* (2009) no Brasil encontraram taxa de ICSAP de 179/10.000, em 2000, e de 151/10.000, em 2006. Essa tendência de redução tanto no número absoluto quanto na taxa de ICSAP, em Minas Gerais e no Brasil, pode estar associada a diversos fatores sociais e econômicos, além do aumento da cobertura da ESF, como o aumento da renda, aumento dos níveis de escolaridade e a melhoria da qualidade da atenção primária no estado.

A redução das ICSAP no Brasil e no estado de Minas Gerais é corroborada pelos resultados de outros estudos como os de Alfradique

et al. (2009), Rehem *et al.* (2011) que mostram que as ICSAP vêm apresentando tendência de redução no Brasil e outros estados onde pesquisas utilizaram esse indicador.

A análise das ICSAP por grupo de causa diagnóstico mostra que, dentre os cinco grupos de causas mais prevalentes em 2012, insuficiência cardíaca, gastroenterites, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares reduziram significativamente as taxas de internação, exceto as infecções do rim e do trato urinário, que aumentaram a prevalência no período. Cabe registrar que a hipertensão com foco de programa especial de controle na ESF registrou queda significativa nas taxas, ao contrário do diabetes, que não registrou queda significativa nas taxas. Isso se deve ao fato das mudanças no perfil epidemiológico, e o controle do diabetes estar ligado à eliminação de fatores de risco e estilo de vida (*tabela 3*).

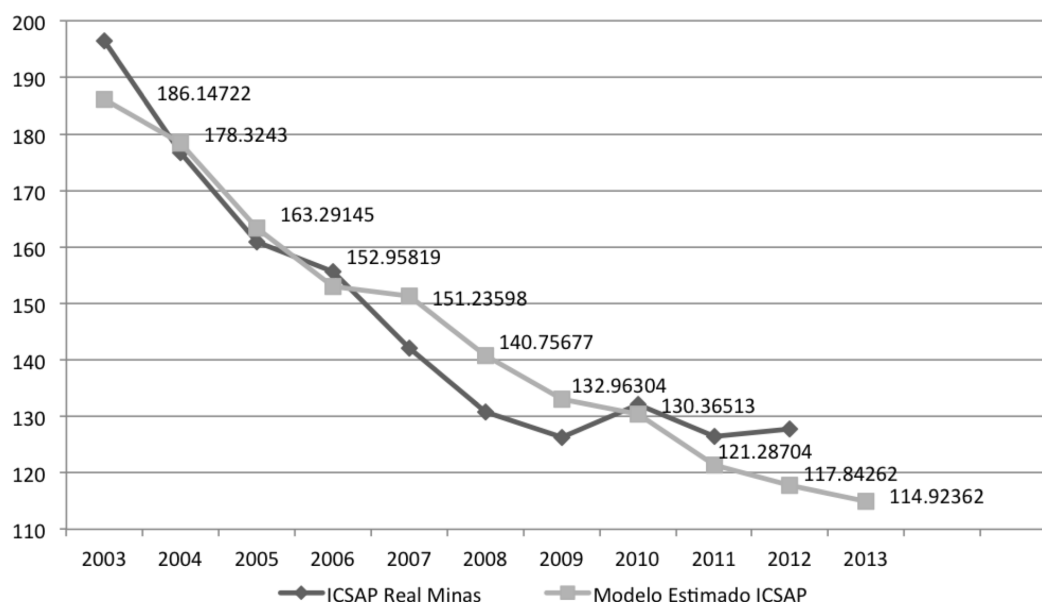
Para discussão da análise estatística, a *tabela 4* nos possibilitou uma inferência dos resultados do modelo de regressão; a variável que representa a cobertura da ESF mostra uma associação negativa com as taxas de ICSAP, apresentando uma relação inversa: quanto maior a cobertura da ESF, menor as ICSAP.

O coeficiente estimado para cada variável de cobertura indica variações da morbidade hospitalar, medida pela taxa de ICSAP, conforme a unidade da variável destacada. Por exemplo, o coeficiente para cobertura de ESF de Minas Gerais, -2,91, indica que a variação positiva na cobertura de ESF de 1 ponto percentual representa uma redução de 2,91 na taxa de ICSAP (*tabela 4*).

A *figura 1* representa a simulação de impacto do estimador do modelo de regressão sobre a projeção de crescimento em um ponto percentual (1%) na cobertura de ESF para mensurar o impacto estimado sobre as ICSAP em 2013.

O estimador do modelo de regressão para cobertura (COB-MG), -2,91 (*tabela 4*), aplicado à equação do modelo de regressão $y = b_0 + b_1 .x$ gerou os seguintes valores de impacto

Figura 1. Projeção de impacto nas ICSAPs 2013 explicado pelo estimador do modelo de Regressão sobre a cobertura 2012, Minas Gerais, 2003-2013



estimado para os anos respectivos: 186,15 para 2003; 178,32 para 2004; 163,29 para 2005; 152,96 para 2006; 151,24 para 2007; 140,76 para 2008; 132,96 para 2009; 130,37 para 2010; 121,29 para 2011; e 117,84 para 2012.

Para efeitos de projeção, simulou-se uma situação para o ano de 2013, considerando a regressão das variáveis de cobertura, que explicam a taxa de ICSAP em Minas Gerais. O resultado foi o seguinte: Observa-se que em 2012 a estimativa para taxa de ICSAP por 10 mil habitantes é 117,84 (*figura 1*) para uma cobertura de 71,02% (*tabela 2*). Quando se projeta a evolução da cobertura para 72,02%, aumento de um ponto percentual (1%), (crescimento necessário para reduzir 2,91 na taxa de ICSAP em 2013), nota-se o impacto da projeção de crescimento da cobertura de ESF sobre a taxa estimada de ICSAP/10.000 habitantes, que cai de 117,84 em 2012 para 114,92 em 2013 (*figura 1*).

Com base na simulação apresentada com os dados da *figura 1*, o aumento de (1) ponto no percentual de cobertura de ESF reduz (2,91) pontos na taxa de ICSAP. Isso representa uma

redução em torno 17.817 interações para 2013, deduzidas do total de 253.497 interações em 2012 (*figura 1* e *tabela 1*).

Estudos de Maciel (2012) constatarem os efeitos sinérgicos dos fatores socioeconômicos na redução das internações hospitalares em Minas Gerais, no período entre 1998 e 2009, na mesma linha de pesquisa. Os resultados aqui apresentados, com dados atualizados para 2003 a 2012, permitiram inferir a mesma constatação, com destaque para o papel da ESF no sentido de evitar parte significativa das hospitalizações sensíveis ao cuidado primário.

Com base na metodologia de projeção utilizada, isolando a variável cobertura e o indicador de ICSAP, é factível dizer que a redução de 68,87 pontos nas taxas de internação em 10 anos, em média 6,9 pontos ao ano, representa um grande avanço para as ações de promoção e prevenção de saúde no estado de Minas Gerais.

Contudo, importante destacar que a redução das ICSAP em Minas Gerais não decorre somente do aumento da cobertura da ESF. Outras variáveis, especialmente as

socioeconômicas, tais como renda e educação, possuem efeitos sinérgicos sobre a redução das internações hospitalares.

Conclusão

Os resultados desta investigação confirmam a hipótese inicialmente apresentada de que o modelo de cuidado primário, implantado em Minas Gerais por meio da ESF, é de boa resolubilidade, e demonstraram por análise dos últimos 10 anos a des-hospitalização por condições sensíveis ao cuidado primário.

Isso significa que o ICSAP como indicador indireto de avaliação, com algumas limitações, pode ser usado como uma ferramenta de gestão para monitorar e identificar possíveis problemas na cobertura, acesso e qualidade dos cuidados de saúde primários no estado de Minas Gerais.

O indicador ICSAP e cobertura, analisados isoladamente, não se apresentam suficientes para avaliar diretamente a efetividade da

Atenção Básica. Incorporar na discussão outras questões, como oferta e organização da rede de serviços de Atenção Básica e atenção hospitalar, além dos determinantes sociais do processo saúde-doença no que diz respeito às condições de vida e trabalho da população, é fundamental para o aprofundamento desta linha de investigação.

Importante destacar que o limite do estudo ecológico não nos permite afirmar que usuários de ESF que experimentaram condições de saúde melhoraram e, conseqüentemente, necessitam de menos cuidados hospitalares por condições sensíveis à atenção primária.

Considerando os limites, os resultados deste estudo têm implicações importantes para Minas Gerais e para o País, que orienta o seu modelo de saúde na atenção primária. Para pesquisadores e gestores, essas informações podem funcionar como um indicador indireto da qualidade do sistema estadual de saúde, e podem contribuir para a avaliação da gestão, reorientação e implantação de políticas de saúde em Minas Gerais. ■

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, 2005.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2012.

ALFRADIQUE, M. E.; MENDES, E.V. *As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no Brasil*. Belo Horizonte, 2001. Mimeo.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff.* Bethesda, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N. 221 de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à

Atenção Primária. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 183, p. 50, 21 set. 2008.

CAMINAL, J. et al. Avances en España en la investigación con el indicador “Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria”. *Rev Esp Salud Pública*, Madrid, v. 76, n. 3, p.189-196, 2002.

CAMINAL, J.; CASANOVA, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten. Primaria*, n. 31, p. 61-65, 2003.

FERNANDES, V. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.43, n.6, p. 928-936, dec 18, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600003>. Acesso em: 17 set. 2012.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Perfil demográfico de Minas Gerais*. Belo Horizonte. 2003. Disponível em: <<http://www.fjp.gov.br/index.php/servicos/81-servicos-cei/69-perfil-demografico-de-minas-gerais>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Séries estatísticas & séries históricas*. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MACIEL, A. G. *Impacto da Estratégia de Saúde da Família-ESF sobre a morbidade hospitalar no estado de Minas Gerais*. 2012. 216 f. Tese (Doutorado em em Gestão). – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2012.

REHEM, T. C. M. S. B. *Internações sensíveis a atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos*. 2011. 307 f. Tese (Doutorado em Ciências). – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

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

TURCI, M. A. et al. *Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos*. Belo Horizonte: MS, 2009.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em junho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira

Primary Care-Sensitive Conditions: a descriptive review of results of the Brazilian academic production

Francilene Jane Rodrigues Pereira¹, César Cavalcanti da Silva², Eufrásio de Andrade Lima Neto³

RESUMO O estudo propõe-se descrever e analisar os resultados da produção acadêmica brasileira sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Revisão descritiva e analítica realizada em artigos científicos de Portais de Periódicos. Vinte e um artigos integraram o estudo, os quais foram subdivididos segundo a abrangência territorial, sendo 9,6% nacional, 4,8% do Nordeste, 9,6% do Centro-Oeste, 33,3% do Sul e 42,7% do Sudeste. As Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária, apesar de se apresentarem altas em alguns estados e/ou cidades isoladas, sofrem uma tendência para estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE Prevenção primária; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT *The study proposes to describe and examine the results of the Brazilian academic production about Hospitalizations for Primary Care-Sensitive Conditions. Descriptive and analytical review conducted in scientific articles Periodicals portals. Twenty-one articles have integrated the study, which were divided according to territorial coverage, with 9.6% National, 4.8% in the Northeast, 9.6% in the Midwest, 33.3% in the South and 42.7 % in the Southeast. The Sensitive Cause to Primary Care Hospitalizations, despite presenting increase in some states and/or isolated cities show a tendency for stabilization and reduction in different regions.*

KEYWORDS *Primary prevention; Primary Health Care; Quality indicators, Health care.*

¹Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. francilenejane@gmail.com

²Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor associado e docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. rasedprof@gmail.com

³Doutor em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Professor adjunto e docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. eufrasio@de.ufpb.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta muitos desafios desde a sua criação, todavia, a consolidação da Atenção Básica (AB) para garantir o acesso da população aos serviços de saúde é sem dúvida um dos problemas mais recorrentes em sua trajetória ainda relativamente curta.

O termo AB, mais comumente usado no Brasil, foi utilizado nas políticas de saúde nacionais em substituição ao termo Atenção Primária à Saúde (APS). O termo APS foi criado por White *et al.* em 1961 e desde então vem recebendo denominações variadas em diversos países (MENDES, 2009).

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o termo associou-se a uma temática que se tornou tendência mundial, caracterizada como parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Constitui-se, na atualidade, um dos principais elementos dos modelos de atenção à saúde em vigência no Brasil.

Nas últimas décadas, ganhou espaço o modelo Saúde da Família. Este modelo objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene, trabalhando a partir das necessidades de saúde da população, reafirmando os princípios gerais da AB (PAIM, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a define como

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006A, P. 10).

Esse conceito fortalece os sistemas locais de saúde e consolida os princípios e diretrizes do SUS.

Embora os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) informem que em 2010 o número de municípios atendidos tenha aumentado significativamente e a cobertura da população tenha ultrapassado o contingente de 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2011A), alguns desafios ainda permanecem. Entre eles, a estruturação de uma rede regionalizada de ações e serviços que qualifiquem a assistência nesse nível de atenção. Nas situações em que a AB não é resolutive a demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarregando o sistema e criando despesas evitáveis devido às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esse termo, que é uma tradução livre para *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, se constitui em um indicador de atividades hospitalares como medida de efetividade da AB e foi trabalhado por Billings *et al.* na década de 1990. É usado na atualidade como representativo de problemas de saúde para os quais a ação da AB diminuiria o risco de internações. Representa, portanto um conjunto de agravos de saúde que não deveriam chegar em grande quantidade à atenção terciária, posto que uma efetiva ação da atenção primária solucionaria parte dessas patologias (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; ALFRADIQUE ET AL, 2009).

Para os autores supracitados, altas taxas de ICSAP podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, representando um sinal de alerta para análise e busca de explicações para tais ocorrências, muitas vezes associadas à deficiência na cobertura dos serviços ou baixa resolutividade da atenção primária para algumas patologias (ALFRADIQUE ET AL, 2009).

A partir de 1990, esse indicador passou a ser amplamente utilizado para análise da atenção primária em países que possuem o seu sistema de saúde embasado pelos cuidados primários, a exemplo da Espanha, Austrália e Canadá (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). A Espanha também incentivou pesquisas no intuito de avaliar a efetividade da Atenção

Primária à Saúde através da validação de uma lista de internações hospitalares por causas preveníveis em várias regiões do País (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Taxas de hospitalização, diagnóstico de internação e/ou internações evitáveis têm sido amplamente utilizadas como possíveis medidas de avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde. Estudos evidenciam que índices mais baixos de ICASP associam-se com o acesso da população e a qualidade da assistência prestada na AB (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; DIAS-DA-COSTA ET AL, 2010; ROSANO ET AL, 2013).

Diante de vários estudos que vem sendo desenvolvidos sobre a temática que expõe resultados de relação inversa entre as internações e o acesso aos serviços ambulatoriais, é possível observar o aumento no uso desse indicador como estratégia de avaliação da atenção primária, ao ponto de ser para os Estados Unidos e países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade e ainda gerar estudos em diferentes continentes (NEDEL ET AL, 2010; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde também desenvolveu, a partir de consultas com especialistas, a primeira relação brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, lançada em 2008, através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE ET AL, 2009). A partir de então, estudos vem sendo desenvolvidos em várias regiões do país no intuito de avaliar a evolução das ICSAP no território brasileiro.

Toma-se como questão norteadora: nas pesquisas realizadas em diferentes estados do País, as taxas de ICASP vêm apresentando redução após a instalação das equipes de Saúde da Família (EqSF)?

Configura-se como objetivo do estudo descrever e analisar os resultados da produção acadêmica brasileira sobre ICSAP.

Metodologia

Trata-se de uma revisão descritiva e analítica realizada a partir de artigos científicos completos disponíveis em portais de Literatura Latinoamericana e do Caribe (LILACS) e Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO), acessados por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se da expressão de busca Condições AND Sensíveis AND Atenção AND Primária, apenas no idioma português por tratar-se de uma análise do contexto brasileiro.

Adotaram-se alguns critérios — Inclusão: disponibilidade do artigo completo; focalização do local do estudo, estudos publicados de 2008 a 2013. Exclusão: artigos completos não disponíveis; trabalhos de dissertação e tese; artigos repetidos; não focalização de ICSAPs e/ou região de coleta de dados.

Resultados e discussão

Encontraram-se 55 documentos através da expressão de busca, desses, 33 no portal LILACS e 22 no SciELO, porém apenas 21 foram utilizados para análise devido aos demais estarem inclusos nos critérios de exclusão adotados. Os estudos e as características foram subdivididos pela abrangência territorial, dispostos no *quadro 1*:

Observa-se, dos estudos selecionados: dois (9,6%) de abrangência nacional, um (4,8%) da região Nordeste, dois (9,6%) da região Centro-Oeste, sete (33,3%) da região Sul e nove (42,7%) da região Sudeste. A ausência de estudos representativos da região Norte e do ínfimo quantitativo na região Nordeste é destaque. No que se refere à região Nordeste tal fato é discutível, posto que o estado do Ceará tenha participado junto com o estado de Minas Gerais e o município de Curitiba do primeiro levantamento de listas nacionais, porém na busca realizada não foram encontrados muitas publicações sobre essa região (ALFRADIQUE ET AL; 2009).

Quadro 1. Sequência de artigos sobre ICSAP segundo primeiro autor, abrangência territorial brasileira, período de análise do estudo, método utilizado e revista/ano de publicação, 2014

Primeiro autor	Abrangência	Período de Análise	Métodos	Revista/Ano
A - Boing	Nacional	1998-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2012
B - Moura	Nacional	1999-2006	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Bras. Saúde Mat. Infantil/2010
C - Barreto	Nordeste (Piauí)	2000-2010	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2012
D - Batista	Centro-Oeste (Goiás)	2000-2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2012
E - Campos	Centro-Oeste (Campo Grande-MS)	2000-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2012
F - Dias-da-Costa	Sul (Rio Grande do Sul)	1995-2005	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2010
G - Elias	Sul (Extremo Sul Catarinense)	1999-2004	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Bras. Epidemiologia/ 2008
H - Martins	Sul (Paranaguá-PR)	Nov/2010-Abr/2011	Transversal (n=1630)	Saúde em Debate/2013
I - Nedel	Sul (Bagé-RS)	Set/2006-Jan/2007	Transversal (n=1200)	Saúde Pública/2008
J - Rehem	Sul (Curitiba)	2005-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Esc. Enf. da USP/2013
L - Souza	Sul (18 cidades-RS)	1995-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2011
M - Muraro	Sul (Caxias do Sul-RS)	2000-2003/ 2005-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Baiana de Saúde Pública/2013
N - Pazó	Sudeste (Espírito Santo)	2005-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Epidemiol Serv. Saúde/2012
O - Rehem	Sudeste (Ademar-SP)	2006-2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Texto Contexto Enf/2012
P - Rehem	Sudeste (São Paulo)	2000-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Ciência & Saúde/2011
Q - Ferreira	Sudeste (Ribeirão Preto-SP)	2000-2007	Ecológico; Dados secundários (CPDH)	Eletrônica de Enf/2012
R - Caldeira	Sudeste (Montes Claros-MG)	2007-2008	Transversal (n=365)	Bras. Saúde Matern. Infantil/2011
S - Fernandes	Sudeste (Montes Claros-MG)	2007-2008	Transversal (n=660)	Saúde Pública/2009
T - Rodrigues-Bastos	Sudeste (Juiz de Fora-MG)	2002-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Assoc. Med.Bras/2013
U - Cardoso	Sudeste (Divinópolis-MG)	Ago - Out/ 2011	Transversal (n=2775)	Panam. Salud Publica/2013
V - Portes	Sudeste (Juiz de Fora-MG)	2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	J.Manag. Prim. Health/2013

Fonte: Elaboração própria

Apesar dos levantamentos e discussões para elaboração da lista brasileira de ICSAP terem iniciado em 2005, elas foram objeto de uma série de padronizações e validações, sendo divulgada no ano de 2008 através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008). Para tanto, os artigos com essa temática avaliativa da AB no Brasil só passaram a serem divulgados a partir daquele ano. Desse modo, é possível identificar dentre os estudos elencados dois (9,6%) publicados no ano de 2008, um (4,8%) no ano de 2009, dois (9,6%) no ano de 2010, três (14,2%) no ano de 2011, sete (33,3%) no ano de 2012 e seis (28,5%) no ano de 2013.

Análise dos aspectos metodológicos dos estudos

Dezesseis (76,2%) desses documentos, tratavam-se de estudos ecológicos, utilizando-se de dados secundários do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Q), com períodos de análise de dados variando de dois a 12 anos e; cinco (23,8%) estudos transversais que realizaram pesquisa direta sob determinada amostra.

A utilização de dados secundários do SIH pode apresentar algumas limitações, a exemplo da confiabilidade do diagnóstico, da fidedignidade dos registros e da restrição às internações no SUS, porém o SIH apresenta como vantagem a cobertura nacional e ampla de aproximadamente 70% de todas as internações no País (MOURA, 2010; BOING, 2012). Muraro (2013) acrescenta que ao longo do tempo tem-se observado um avanço nos sistemas nacionais de informação em saúde, com disponibilidade e melhoria da qualidade das informações geradas. Quanto ao processo amostral, utilizou-se a população de internações segundo o critério de interesse (causas, faixas etárias, anos).

Nos estudos transversais utilizaram-se, no período de estudo, todos os pacientes atendidos (H), todas as internações (I e U) e amostra aleatória (R e S).

Quanto ao método de análise, oito (38,1%) utilizaram-se de estatística descritiva com uso de taxas e razão de coeficientes para comparação entre períodos e 13 (61,9%), estatística inferencial por meio de séries temporais, regressão linear simples, generalizada, Poisson e logística múltipla, testes de associação Qui-quadrado, t student, ANOVA, Scheffe e Razão de Prevalências, apresentando associações, a exemplo da cobertura por ESF.

Análise dos dados segundo a abrangência dos estudos

O Brasil é caracterizado pela presença de desigualdades socioeconômicas fortes, tanto entre regiões quanto entre indivíduos, gerando efeitos sobre indicadores relacionados ao bem estar social, a exemplo da saúde, causando iniquidades na cobertura e acesso aos serviços de saúde.

Nacional

O artigo A apresentou uma redução média anual nacional de ICSAP com variações entre as unidades federativas - reduções mais expressivas observadas em Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco; Goiás e Distrito Federal apresentaram taxas de estabilidade e nenhum outro estado apresentou acréscimo. Dentre as ICSAP, os três grupos que computaram maiores números de internações no período estudado (1998-2009), foram gastroenterite, insuficiência cardíaca e asma (BOING ET AL, 2012).

O artigo B direcionou-se aos menores de 20 anos, no qual se destacaram gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas. Com relação à primeira patologia, maiores taxas foram registradas nas regiões Nordeste e Norte, com reduções

no período analisado (1999-2006) nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul e incremento nas regiões Centro-Oeste e Norte. Com relação à pneumonia, todas as regiões apresentaram incremento nas taxas com destaque para as regiões Norte, Sudeste e Nordeste e com taxas menores no Sul e Centro-Oeste. Quanto à asma, observou-se redução em todas as regiões, porém com menor expressividade na região Nordeste (MOURA *ET AL*, 2010).

A partir de 1994, o Brasil iniciou a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), efetivada a partir de 1998, promoveu a propagação rápida desse Programa no país com a implantação de 1.134 equipes entre os anos de 1994 e 1998 e de 2.768 entre 1999 a 2001, representando um crescimento de 20,6% (BRASIL, 2002). Essa expansão apresenta forte impacto no acesso e uso da APS, com potencial de reduzir as ICSAP (BOING *ET AL*, 2012).

Em 2011, a PNAB foi revista e ampliada por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. A essência da política se manteve na sua versão atualizada, porém com alguns acréscimos, a exemplo da mudança terminológica para Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011B).

No entanto, a expansão e implementação das ESF não aconteceram de maneira homogênea nas diferentes regiões do país, fato justificado em parte pelas diferenças e por vezes, divergências entre as reduções das ICSAP nas UF, posto haver também entre as regiões diferenças em relação ao perfil socioeconômico das populações, às situações epidemiológicas, a própria oferta de serviços existente e às ações da prestação do cuidado primário de saúde, principalmente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (SOUSA; HAMANN, 2009; BOING *ET AL*, 2012; MOURA *ET AL*, 2010).

Nordeste

O Nordeste brasileiro é a região que possui o maior quantitativo de estados do País: Maranhão, Piauí, Bahia, Ceará, Rio Grande

do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, que semelhante à região Norte apresenta, em comparação com as demais, menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, além de maiores taxas de analfabetismo, menores coberturas de esgotamento sanitário e maiores taxas de mortalidade infantil, variáveis importantes na ocorrência de maiores taxas de ICSAP (MOURA *ET AL*, 2010). Além do mais, em relação à utilização dos serviços de saúde, essas regiões apresentaram-se como aquelas com menores números médios de consulta e maiores dificuldades de acesso (ANDRADE *ET AL*, 2011).

A região Nordeste ficou representada no estudo por um artigo. O artigo C, realizado no estado do Piauí, direcionou-se ao grupo etário menor de cinco anos, em que entre as patologias elencadas destacaram-se gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e asma. Apesar de verificar a redução no período de tempo estudado (2000-2010), o estudo destacou que podem ser consideradas altas para a população analisada (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

O referido estado apresentou relevante aumento do quantitativo de ESF entre os anos de 2000 e 2010, ao ponto de representar a maior cobertura populacional estimada do País, correspondendo a 97,2%, porém, a quantidade não garantiu atenção oportuna e com qualidade, além do mais, não se pode considerar que o avanço da Estratégia Saúde da Família no estado tenha se dado de forma homogênea nos diversos municípios (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Centro-Oeste

A região Centro-Oeste é formada pelos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal e destacou-se, em 2004, pelos maiores percentuais de municípios com cobertura pelo PSF, com representação de 65,44% (BRASIL, 2006B, P. 39).

Essa região foi representada em dois artigos, um deles focalizando o estado como um

todo (Goiás) e outro a cidade do Mato Grosso do Sul (Campo Grande).

O artigo D, realizado em 246 municípios de Goiás, direcionou-se a ICSAP por doenças cardiovasculares na faixa etária acima de 40 anos, que apresentaram redução no período em estudo (2000-2008), porém, fica claro que reduções nas taxas ocorreram independentemente da cobertura da Estratégia Saúde da Família (BATISTA ET AL, 2012).

O estudo E, realizado na cidade de Campo Grande (MS), destacou como principais ICSAPS: Doenças imunizáveis/condições evitáveis, angina pectoris e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, porém com proporções descendentes no período estudado (2000-2009). No referido município, a Estratégia Saúde da Família teve sua implantação em 1999 com cobertura evoluindo de 3,2% em 2000 para 26,6% em 2009, ocupando a 22ª posição em cobertura populacional no País (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Sul

A região Sul é a menor das regiões brasileiras. Composta pelos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, possui os melhores indicadores de saúde, menores taxas de mortalidade, melhor qualidade de vida, educação e a menor taxa de desigualdade socioeconômica. Entre os anos de 1998 e 2004 teve suas proporções de cobertura pelo PSF acrescidas em mais de 700%, ficando acima do crescimento médio nacional (BRASIL, 2006B; ANDRADE ET AL, 2011).

Esteve representada no estudo em sete artigos, sendo dois representativos do estado do Rio Grande do Sul e mais dois de cidades desse estado (Bagé e Caxias do Sul), dois de municípios do Paraná (Paranaguá e Curitiba) e um de Santa Catarina (Extremo Sul).

Os artigos F, I, L e M apresentaram a dinâmica das ICSAP no Rio Grande do Sul. O artigo F, representativo de todo o estado, apontou para a redução das taxas no período analisado (1995-2005) e, segundo descrição

do autor, a Estratégia Saúde da Família, ampliada a partir de 2000, pode ter contribuído para esse resultado (DIAS-DA-COSTA ET AL, 2010).

O estudo I, realizado pontualmente na cidade de Bagé entre os anos de 2006 e 2007, relatou que a proporção de ICSAP encontrada foi muito maior que a relatada em outros estudos (NEDEL ET AL, 2008).

No estudo L, representado por 18 cidades onde existem coordenações de saúde, observou-se tendência de redução em todos os municípios no período em destaque (1995-2007), exceto Porto Alegre e Osório. Destaca-se que a redução coincidiu com anos seguintes aos da criação do PSF (1994) (SOUZA; COSTA, 2011).

O artigo M, especificamente, analisou as ICSAP em idosos nos períodos de 2000-2003 e 2005-2007 na cidade de Caxias do Sul e registrou redução de taxas após a instalação da Estratégia Saúde da Família no município, que aconteceu em 2004, garantindo uma cobertura de 24% da população (MURARO ET AL, 2013). Dentre as mais prevalentes patologias, deve-se destacar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina pectoris.

O estado do Paraná esteve representado pelos artigos H e J, sendo o primeiro realizado na cidade de Paranaguá e direcionado às Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária entre os anos de 2010 e 2011, em que obteve destaque as patologias angina pectoris, seguida de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Nesse estudo, observou-se que a maioria dos pacientes buscou o setor terciário espontaneamente, contrariando a lógica da APS (MARTINS; FRANCO, 2013). O segundo foi realizado na cidade de Curitiba nos anos de 2005 a 2007, antes da implantação oficial da lista de ICSAP que ocorreu em 2008, na qual a proporção de ICSAP manteve-se estável no período de análise, porém com grande destaque para doenças como a angina pectoris e insuficiência cardíaca, seguida das gastroenterites infecciosas (REHEM ET AL, 2013).

Representando o estado de Santa Catarina, o artigo M, realizado no período de 1999 a

2004 em quinze municípios do extremo sul catarinense, registrou como patologias mais prevalentes: *Diabetes Mellitus* (DM), pneumonia em menores de cinco anos e maiores de 60 anos, diarreia em menores de cinco anos, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), variando entre redução (DM e pneumonia), estabilidade (diarreia) e aumento (AVC e IAM) (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Sudeste

Composto pelos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, o Sudeste é a região mais populosa, com maior o PIB, segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país. No âmbito da saúde, tem-se destacado pelo maior número médio de consultas médicas realizadas e menor proporção de indivíduos internados entre as regiões do País (ANDRADE, 2011).

Essa região esteve representada por três de seus quatro estados e contabilizou o maior quantitativo de artigos sobre o tema, sendo um do Espírito Santo, três de São Paulo (sendo um de todo o estado, um do município de Ademar e outro de Ribeirão Preto), e os demais realizados em três diferentes cidades de Minas Gerais (dois de Montes Claros, dois de Juiz de Fora e um de Divinópolis).

O artigo N, realizado no período de 2005 a 2009, apresentou redução no quantitativo de ICSAP e relatou como doenças mais prevalentes as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca, afetando, principalmente, crianças menores de quatro anos e idosos (PAZÓ ET AL, 2012).

Os estudos O, P e Q revelam dados de São Paulo. No primeiro estudo, no município de Ademar registrou redução no período estudado (2005-2007) e prevalência de pneumonias bacterianas seguida de hipertensão arterial e infecções no rim e trato urinário, sendo crianças menores de um ano e idosos os mais afetados. Fato importante a ser destacado nesses estudos é que segundo a área de abrangência

das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com exceção de uma UBS, as demais não possuíam ESF (REHEM; CIOSEK; EGRY, 2012).

No segundo estudo, no qual o estado de São Paulo esteve representado entre os anos de 2000 e 2007, foi registrado um aumento nas taxas de ICSAP à custa do crescimento ocorrido nos municípios de Araçatuba, Grande São Paulo, Sorocaba, Franca, Presidente Prudente e Ribeirão Preto, porém, em relação ao quantitativo, registrou-se um período de estabilidade (2000-2002) com crescimento em 2003, seguindo uma tendência permanente de redução (REHEM; EGRY, 2011).

No terceiro estudo, o município de Ribeirão Preto foi colocado sob análise no período compreendido entre 2000 e 2007, registrou-se a redução do quantitativo de ICSAP. Sobre os grupos de patologias mais prevalentes têm-se as anemias e as doenças preveníveis por imunização (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Os artigos R e S foram realizados no município de Montes Claros (MG). O primeiro estudo cobriu a faixa etária de menores de 13 anos, onde se destacou pneumonias, asma e gastroenterites e suas complicações (CALDEIRA ET AL, 2011) e o segundo estudo cobriu a faixa etária de maiores de 14 anos com destaque para insuficiência cardíaca, pneumonia e doença coronariana (FERNANDES ET AL, 2009).

As ICSAP encontradas em maior prevalência no estudo R em menores de 13 anos corresponderam àquelas identificadas no estudo C em menores de cinco anos, variando apenas o quantitativo entre elas. Estudos nacionais que registram principais causas de internações em crianças apontam as doenças do aparelho respiratório como as principais implicadas, com destaque para as pneumonias e asma (SILVA ET AL, 1999; CAETANO ET AL, 2002).

A rede municipal de saúde de Montes Claros (MG) conta, na área urbana, com 49 unidades da Estratégia Saúde da Família, com uma cobertura de aproximadamente 50% da população total do município, porém, os estudos revelaram que o profissional que solicitou a hospitalização foi, na maioria

das vezes, o médico do pronto-socorro, o que gera questionamentos sobre o acesso e efetividade dos serviços de atenção primária (CALDEIRA ET AL, 2011; FERNANDES ET AL, 2009).

Os artigos T e V foram realizados nos municípios de Juiz de Fora (MG), sendo o primeiro direcionado a todas as ICSAP, destacando-se insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina pectoris no período analisado (2002-2009), apresentando redução em algumas patologias (doenças cerebrovasculares) e incremento em outras (insuficiência cardíaca) (RODRIGUES-BASTOS ET AL, 2013). O segundo estudo abordou especificamente as patologias relacionadas às doenças causadas pelo tabaco, que corresponderam a 48% das ICSAP no ano de 2008, com destaque para as doenças cardiovasculares e respiratórias (PORTES ET AL, 2013).

O município de Juiz de Fora experimentou nesse período (2002-2009) pequeno aumento da média de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, passando nesses sete anos de 43,6% para 48,1%. Concomitante a esse aumento, também obteve incremento nas taxas de ICSAP (RODRIGUES-BASTOS ET AL, 2013).

O artigo U, realizado em Divinópolis, destacou patologias do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário como as principais ICSAP e sobre elas tem-se a maior prevalência em unidades de pronto atendimento. O estudo destaca altas proporções de ICSAP no município (CARDOSO ET AL, 2013).

Considerando os estudos em análise, constatou-se em linhas gerais uma redução da média anual nacional de ICSAP após a implantação do PSF, porém com dissimilaridades entre as regiões e patologias prevalentes.

Na faixa etária de menores de 20 anos, encontrou-se como patologias mais frequentes gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas, com destaque para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, que apesar de registrarem reduções no período de observação apresentaram maiores taxas.

Em relação às doenças cardiovasculares, estados das regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram redução no período observado. Porém, com maiores taxas na população destacou-se: Angina pectoris, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, DPOC, AVC e IAM, essas duas últimas com aumento em alguns municípios. Municípios do Centro-Oeste também registraram doenças imunizáveis/condições evitáveis e doenças relacionadas ao pré-natal e parto como mais prevalentes.

Também a região Sudeste, mesmo em estudo direcionado para todas as patologias, apresentou doenças cardiovasculares, como as ICSAP mais prevalentes. Dentre elas, insuficiência cardíaca (com incremento no período de estudo), doenças cerebrovasculares (com redução) e angina pectoris. Destaque para as doenças cardiovasculares e respiratórias também é apontado em estudo abordando especificamente as patologias relacionadas às doenças causadas pelo tabaco. Em alguns municípios, anemias e doenças preveníveis por imunização mostraram-se mais prevalentes.

Entre patologias que atingem em sua maioria crianças com menos de quatro anos e idosos, o Sudeste destaca entre as mais prevalentes: gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e infecções no rim e trato urinário.

É importante ressaltar que as regiões Sul e Sudeste contribuíram com 16 dos 21 estudos utilizados nesta revisão e, para tanto, apresentam-se com maiores repercussões nas ICSAP.

Conclusões

As ICSAP, apesar de apresentarem altas taxas em alguns estados e/ou municípios isolados, tendem para a estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras.

Merece destaque e alerta dos gestores da APS, nos diferentes estados brasileiros, os altos índices de ICSAP em crianças menores de cinco anos e idosos. Esses grupos

etários apresentaram-se muito carentes de assistência preventiva, que culminou em altas taxas de internação, segundo os estudos levantados e conforme constatado nos artigos C, M, N, O, R e S.

Não menos importante para os gestores, mas, sobretudo, para os pesquisadores nessa área, é o aprofundamento dos problemas ligados às principais patologias da lista de ICSAP (pneumonias, gastroenterites e doenças cardiovasculares).

Em resposta ao questionamento norteador da análise encetada por este estudo, verificou-se uma contradição com base nos resultados das pesquisas realizadas e

levantadas por esta revisão: em algumas situações a redução das iICSAP está vinculada à atuação da Estratégia Saúde da Família nos municípios, mas essa relação não se confirma como uma constante. É sabido que a implementação e expansão dessa estratégia não aconteceram de forma homogênea nas diferentes regiões do País, entretanto, tal fenômeno isoladamente não justificaria essas diferenças. O que mais estaria por trás desse fenômeno? Sugerem-se estudos posteriores para aprofundamento da questão levantada, vinculando aspectos da estrutura das ESF, processos de trabalho e ICSAP. ■

Referências

- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009.
- ANDRADE, M. V. et al. *Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008*. Belo Horizonte: UFMG; CEDEPLAR, 2011.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.
- BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.
- BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil - Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília, DF: 2011a. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/data-sus/index.php>>. Acesso em: 08 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, n.204, p.55, Seção 1, ptl. 24 out.2011b.
- CAETANO, J. R. M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.3, 2002, p. 285-291.
- CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.
- CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, mai., p.845-855, 2012.
- CARDOSO, C. S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev. Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 34, n. 4, p. 227-34, 2013.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. 1978.
- DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010.
- ELIAS, E; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. Bras. Epidemiol*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.
- FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 14, n. 4, p.760-70, out./dez., 2012.
- FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.
- MARTINS, J. A. F.; FRANCO, S. C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 98, p. 388-399, 2013.
- MENDES, E. V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados: cadernos de apresentação*. Brasília, DF: CONASS, 2009.
- MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.
- MURARO, C. F. et al. Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p.20-33, jan./mar. 2013.
- NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.
- NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 1, 2010, p. 61-75.
- PAIM, J. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAZO, R. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 275-282, 2012.

PORTES, L. H. et al. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte. *J Manag Prim Health Care*, Olinda, v. 4, n. 2, p. 94-101, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSEK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto - Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, 2012.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013.

RODRIGUES-BASTOS, R. M et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n.2, p. 120-127, 2013.

ROSANO, A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*, Oxford, v. 23. n. 3, p. 356-360, 2013.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 749-757, 1999.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl 1, p. 1325-35, 2009.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

Recebido para publicação em março de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo

The interaction between the evaluation and the work of Community Health Workers: subsidies for thinking about the educational work

Angélica Ferreira Fonseca¹, Maria Helena Magalhães de Mendonça²

RESUMO O estudo discute os efeitos produzidos pelas práticas de avaliação em saúde sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Assumimos a avaliação como uma tecnologia de gestão que atua na construção de realidades ao estabelecer valor sobre as ações. Metodologia: adotamos os referenciais da etnografia. No campo, realizado em uma clínica da família do Rio de Janeiro, aliamos o exame de documentos, observação e entrevistas. Os resultados indicam que a coesão exercida entre as diretrizes da política de Atenção Básica, as prioridades com base em indicadores quantitativos e as práticas na unidade têm potencializado uma ação centrada no controle de doenças. Quanto ao trabalho do ACS, configura-se uma perspectiva simplificadora da educação em saúde. Essa vertente se fortalece pela gestão por metas e pela avaliação restrita ao monitoramento, que contribui de forma limitada para enfrentar os desafios do trabalho educativo.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT *The study discusses the effects produced by the health evaluation practices on the Community Health Worker's CHW's action. We take the assessment as a management technology that works on the construction of realities by establish value on the actions. Methodology: we adopted the ethnography benchmarks. In the field, conducted at a family clinic in Rio de Janeiro, we combined the examination of documents with participant observation and interviews. Our analysis allows us to point out that the cohesion produced by the primary health care policy, the priorities set based on quantitative indicators, and the practices carried out at the health unit have potentiated actions focused on disease control. With regard to the work of the CHAs, its process is configured under a simplifying view of health education. Such slope is strengthened by a management approach that is based on goals and by evaluation limited to monitoring, which has a limited contribution to facing the challenges of educational work.*

KEYWORDS *Health evaluation; Community Health Workers; Health education.*

¹Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora – pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. afonseca@fiocruz.br

²Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mhelenam@ensp.fiocruz.br

Introdução

Desde a década de 1980, quando a avaliação passou a ser intensamente fomentada na administração pública como um componente do gerencialismo difundido nas reformas de Estado, ela tem sido assumida como uma das tecnologias de gestão com maior capacidade de apoiar decisões racionais e de apresentar as melhores soluções para corrigir problemas relativos à implementação de políticas, programas e processos cotidianos. Atualmente, do plano mais ascendente da formulação de políticas até o mais singular dos serviços, difundem-se as práticas de avaliação, sendo possível afirmar a existência de uma cultura avaliativa. Entretanto, a perspectiva que prevalece é a de que a avaliação oferece o melhor modo de conhecer objetivamente a realidade, sem se problematizar o fato de que, ao estabelecer critérios, indicadores e métodos, valorizam-se determinadas ações e modos de agir em detrimento de outros, gerando efeitos imprevistos, nem sempre favoráveis a todas as dimensões implicadas em nossos objetivos.

No contexto brasileiro de consolidação da Atenção Básica (AB), tanto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, quanto na PNAB de 2011 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), a avaliação está incluída entre as responsabilidades de todas as esferas de governo. Ao tratar do processo de trabalho das equipes, ambas as políticas destacam a avaliação como uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que aponta para o deslocamento da avaliação dos gabinetes dos planejadores para o cotidiano dos trabalhadores da saúde.

Nesse percurso da interação entre as políticas de fortalecimento da AB e a avaliação, algumas estratégias merecem ser ressaltadas por terem alcançado as estruturas de gestão descentralizadas, inclusive os serviços de saúde. A primeira é o Projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde

em Monitoramento e Avaliação, que busca “construir a viabilidade para a estruturação, na instância gestora estadual, da capacidade técnica em avaliação, dando passos firmes no caminho da institucionalização” (BRASIL, 2005A, P.15). Posteriormente, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, ESF/AMQ (BRASIL, 2005B), e o Programa Nacional de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB (BRASIL, 2012), intensificaram essas práticas na AB e promoveram sua institucionalização.

Como elemento de intervenção sobre realidades específicas, a avaliação interage com os contextos históricos concretos, nos quais poderes e saberes estão em disputa, e assim, algumas formas de avaliar vão se estabelecendo com maior notoriedade. Em nosso estudo, nos interessa refletir sobre efeitos das práticas hegemônicas de avaliação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa escolha se dá pelo lugar de relativa importância atribuída ao ACS na ESF, aliado ao fato desse trabalhador ter seu perfil profissional, sua atuação e sua formação com alto grau de indefinição, tornando a sua prática profissional profundamente suscetível às influências das tecnologias de gestão.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, apoiado diretamente nos referenciais da etnografia. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem como intento a

compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, P.23).

Seguido a orientação de Geertz (1989), a etnografia deve proporcionar a elaboração de

uma ‘descrição densa’, capaz de trazer alguma luz sobre as ações sociais e suas articulações culturais, entendendo que tanto cultura quanto significados são constituídos na esfera pública. A vinculação que se estabelece entre a análise etnográfica, a ‘imersão’ no cotidiano dos sujeitos de pesquisa e o sentido do trabalho de campo torna a observação um requisito da pesquisa. Contudo, é o modo como a etnografia situa os processos de intersubjetividade — como constitutivos da construção de conhecimento — que torna o ‘participante’ uma decorrência necessária da observação. Em outras palavras, não existe encontro entre sujeitos (pesquisador e sujeitos do universo pesquisado) que possibilite um isolamento pleno.

Tendo em vista nosso interesse em analisar a relação entre a avaliação, supervisão e o trabalho do ACS, foram definidos os seguintes critérios para seleção do *locus* do estudo: índice de cobertura da unidade acima de 70% da população de referência da área; adesão, ainda que parcial, à AMQ ou à PMAQ-AB, como indicativo de sensibilização às práticas de avaliação em saúde; dispor de mais de uma equipe da Saúde da Família em atividade, vinculada à unidade, possibilitando que possamos diferenciar as situações de exceção e as mais regularmente vivenciadas no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes; as equipes terem um tempo de atividade nas comunidades superior a um ano, possibilitando a superação do momento inicial de organização do trabalho.

Assim, em 2012, acompanhamos por dois meses o cotidiano de trabalho dos ACS de uma Clínica da Família (CF) da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. A definição dos sujeitos da pesquisa teve como orientação geral considerar que os grupos sociais definidos estão envolvidos com uma realidade empírica que os conecte ao objeto de estudo, que em nossa pesquisa relacionam-se ao exercício da profissão do agente comunitário de saúde e a cargos e papéis desempenhados na ESF que reconhecemos

ter capacidade de interferir na relação trabalho–avaliação–supervisão.

No plano da gestão, consideramos importante entrevistar a gestora da CF, a coordenação da área programática na qual a CF se situa, o Subsecretário de Atenção Básica do município e o gestor da Organização Social de Saúde com a qual foi firmado o contrato de gestão das unidades de saúde dessa área programática. Entre os profissionais da clínica, foram entrevistados: supervisores — um por equipe, quatro ao todo. Em relação aos ACS, do universo de 24 ACS da unidade, optamos por entrevistar e acompanhar as atividades de dois de cada uma das quatro equipes, ou seja, oito ACS. Uma ACS que trabalhava havia menos de um ano nos procurou solicitando sua inclusão na pesquisa, que foi aceita, elevando para nove o número de entrevistas de ACS.

Em relação aos documentos analisados, destacamos: Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (SMSDC, 2011); o contrato de gestão estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde, Defesa Civil- RJ e a Organização Social de Saúde; os formulários do Vitacare®, sistema de informação que fornece fichas para os registros de atividades (em consonância com o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica) e a partir do qual são emitidos os relatórios que têm por base os indicadores de avaliação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

Os objetivos específicos que orientaram o estudo apontam para: a) a elaboração de compreensões sobre a inserção do monitoramento/avaliação no fluxo do trabalho na ESF; b) as estratégias adotadas para sua operacionalização e aceitação no locus do estudo; c) suas repercussões sobre o delineamento do perfil de atuação e o cotidiano dos ACS, com particular atenção sobre o seu trabalho educativo. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde e aprovada no Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da instituição propositora e no CEP da SMSDC-RJ.

Resultados e discussão

A avaliação no fluxo de trabalho na clínica da família

A partir de 2009, foi posto em curso pela SMSDC do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) um processo denominado Reforma da Atenção Primária. Do ponto de vista da gestão, adotou-se o modelo de Organização Social da Saúde (OSS), que significou a terceirização da gerência das unidades por entidades privadas não lucrativas. A contratação é mediada por um contrato de gestão que estabelece as metas a serem alcançadas. Dentre as estratégias de gestão recentemente incorporadas está o pagamento por desempenho (*performance*), que estabelece incentivos financeiros relativamente ao alcance de metas do contrato. Esse sumário do contexto marca a sinergia estabelecida no plano da gestão entre avaliação e reformas, auxiliando no entendimento da fala de um dos gestores entrevistados. Segundo ele:

Pra gente a avaliação é fundamental, pois não dá pra fazer uma mudança de rumo, como essa que a gente está fazendo sem saber pra onde está indo. (...) No pacto de metas da secretaria com a casa civil, tem dois indicadores: mortalidade materna e mortalidade infantil e tem os indicadores que a gente monitora em cada um dos nossos programas. Por exemplo, tem meta de redução de sífilis congênita que desdobre uma série de indicadores para as equipes, lá na ponta. (Gestor)

O contexto e a fala do gestor apontam para uma adesão aos preceitos da reforma posta em curso na saúde, dentre os quais se destacam: a flexibilidade gerencial e a separação entre financiamento e provisão, representada pela entrada das OSS com as novas formas de

gestão financeira e do trabalho; o investimento em tecnologias de informação; o foco em resultados e não nas atividades; a avaliação do desempenho e a introdução de elementos de competição (ALMEIDA, 1999; VIANA; DAL POZ, 1998).

Em nossas observações e entrevistas percebemos um desconforto particular com a intermediação das OSS na contratação dos trabalhadores. Para a enfermeira Luiza, esse conjunto de características da gestão na APS confere uma face privada ao serviço.

O profissional não organiza o seu trabalho de uma forma que ele ache melhor para a qualidade e sim para cumprir as metas. No local tal [outro lugar de trabalho] se eu precisasse fazer uma consulta de uma hora e meia, eu fazia. Aqui não, é impossível. Para bater algumas metas, ou chegar perto, a gente tem que fazer consulta coletiva. Isto é funcionar como serviço privado. orientação do trabalho por meta que às vezes são inatingíveis, contrato por CLT e gestão por OS, pra mim faz com que no geral funcione como setor privado. (Luiza, enfermeira)

A partir desses comentários sobre a OSS, efetivamente é de nosso interesse registrar que nem todas as determinações politicamente definidas, quando operacionalizadas, encontram, no cotidiano pouca resistência por parte dos profissionais. A questão do monitoramento das metas de realização de Visita Domiciliar (VD) encontra entre os ACS uma acomodação maior. As críticas são quanto à inflexibilidade em torno das metas diante de ocorrências inesperadas ou mesmo de arranjos institucionais, como concentração de carga horária em alguns dias, criando o *day off* do ACS.

Os indicadores, os acompanhamentos, isso eu acho até legal eles cobrarem porque realmente é o nosso trabalho, porque senão, não funciona a estratégia, porque a gente trabalha com prevenção, então eles sempre pedem o acompanhamento das gestantes, das crianças, dos hipertensos, diabéticos, dos acamados, isso é

sempre pauta de reunião, e a meta de 144 VD. (Rafael, ACS).

Parece-nos que os ACS inscrevem o controle do trabalho vis-à-vis o cumprimento de metas em uma lógica aceitável de gestão do trabalho. Ainda que não seja possível elucidar completamente os motivos dessa aceitação, achamos razoável pensar sobre uma associação com o perfil social desses trabalhadores, cuja falta de formação específica tende a não possibilitar uma inserção laboral com grau mais elevado de autonomia, o que não se dá do mesmo modo com profissionais de nível superior. Outro fator a ser considerado, refere-se ao grau de transparência que esse tipo de avaliação/controle contém. Nesse ponto, apresenta-se uma situação inversa da que Fonseca *et al.* (2012) identificaram em pesquisa anterior, na qual a opacidade dos critérios de avaliação contribui para exacerbar o aspecto menos democrático da avaliação do trabalho dos ACS. Pela fala da enfermeira Luiza, essa aceitação não tem unanimidade e a crítica formulada por essa profissional também se constitui por comparação com outras experiências de trabalho em serviços de saúde.

Os ACS da CF tiveram seu ingresso na Saúde da Família já nesse modelo. Há um nível elevado de reconhecimento do valor da Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto eles se sentem parte de um projeto institucional que mobiliza um compromisso autêntico. Destacamos algumas falas feitas nas entrevistas sobre a proposta da ESF:

Muito boa, muito boa mesmo, eu acho que ainda está cedo para se falar em resultados, mas eu acho que se continuar e claro, vamos dizer assim, pensando um bocadinho mais em investimento humano, eu acho que daqui uns quatro ou cinco anos a população inclusive vai estar entendendo bem essa estratégia. (Castanha, ACS).

Algumas características do monitoramento de resultados/metaspactuadas na CF

merecem ser sublinhadas: a) por ser intrínseco ao modelo de gerenciamento por OSS, atinge todos os trabalhadores e não apenas os ACS; b) não incide sobre este trabalhador de modo mais intenso do que sobre outros trabalhadores da ESF, tais como enfermeiros e técnicos de enfermagem; c) associa-se explicitamente com as prioridades que, como vimos anteriormente, são informalmente validadas pelos ACS; d) elementos que organizam o trabalho, com destaque para o prontuário eletrônico, estão igualmente sintonizados com a produção de informação, nessa perspectiva. Acreditamos que, de modo articulado, essas características contribuem para gerar um consentimento a essa prática, possibilitando que o monitoramento não seja vivenciado pelos ACS como uma penosidade. Linhart (2011) faz uma análise sobre a construção das penosidades, as quais se refere como

dificuldades com as quais os trabalhadores não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão (...) são penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firam sua identidade profissional ou sua autoimagem. (LINHART, 2011, P. 150).

Identificamos que, na CF, a atividade gerencial de monitorar adquiriu um nível de coesão entre a finalidade explícita do trabalho e as estratégias adotadas, favorecida por sua inserção no fluxo de trabalho, tornando-se uma atividade amplamente vivenciada e, também, uma fonte de temas para discussão nas reuniões.

Pagamento por performance

Os esquemas de pagamento por performance/desempenho têm sido crescentemente adotados em sistemas de saúde de vários países do mundo (Reino Unido, Portugal, Alemanha, por exemplo). Trata-se de modelos que pretendem aumentar a qualidade dos serviços prestados, a partir da adoção de

incentivos financeiros, ou redução de recursos, tendo em vista o alcance de metas definidas (DE BRUIN ET AL, 2011; BEVAN; HOOD, 2006). Esses sistemas não equivalem a modelos de avaliação, todavia se amparam nas práticas avaliativas, sobretudo nas de monitoramento. O objetivo final é reverberar sobre o trabalho, quer seja sobre as atividades gerenciais, quer seja sobre aquelas diretamente realizadas pelos profissionais de saúde. A racionalidade que o sustenta é de que a recompensa ou punição pode promover a adesão às boas práticas levando ao incremento da qualidade (DE BRUIN ET AL, 2011; MELO; SOUZA, 2011).

Sua inserção entre as estratégias de gestão das políticas públicas tem como referência a associação entre as medidas de performance e a gestão por metas, uma diretriz que ganhou força a partir da reformas da década de 1990. Na saúde, há também uma forte vertente que associa esses modelos ao manejo de doenças ou condições que dispõem de uma organização por programas de saúde. Bevan e Hood (2006), ao abordar o contexto do Reino Unido, registram que houve uma época em que as metas e performances eram mantidas em sigilo. Desde que os dados se tornaram públicos, esses modelos adotam recompensas e sanções que incluem os efeitos sobre a reputação dos gerentes (vergonha ou glória – *shame or glory*), a renovação ou não do contrato dos gerentes, alocação de recursos favorecendo os melhores (*best to best*) e conquista de autonomia em relação às supervisões e inspeções.

No município do Rio de Janeiro, o sistema vem sendo implantado na APS desde 2011, mas, no momento do levantamento de dados dessa pesquisa, nenhuma equipe da ESF da área havia recebido incentivos financeiros em virtude da aplicação desse modelo. Nos documentos da política municipal de APS os argumentos a favor do pagamento por desempenho reiteram o que está posto na discussão internacional sobre a indução de boas práticas e a melhora da qualidade e acrescenta a perspectiva de fortalecimento do monitoramento.

Em termos gerais, a proposta da SMSDC para a APS, compreende a distinção de três tipos de incentivos, de acordo com os objetivos e o grupo ao qual se destina. Os tipos são chamados de variável I, variável II e variável III, em uma referência indireta a parte variável de financiamento da AB (Pab variável) que, de uma forma diferente, também busca induzir a adoção de políticas e práticas a partir do financiamento. A variável I destina-se à OSS; a variável II às unidades de saúde e a variável III, às equipes. Esse componente do financiamento faz parte do contrato de gestão da SMSDC com a OSS; os recursos têm origem no Estado, mas o gerenciamento e repasse são efetivados pela OSS, o que faz com que trabalhadores não o identifiquem como um recurso público. Algumas características desse sistema que achamos pertinentes destacar estão sumarizadas no *quadro 1*.

Todos os indicadores são gerados a partir do prontuário eletrônico, sistema de informação nuclear nas CF. Nesse processo, indiscutivelmente, o próprio sistema tem um poder, pois é a partir de seus relatórios que se constrói o primeiro, gerencialmente falando, mais importante relato sobre o trabalho na clínica. Insistimos na ideia de que essa é uma forma de abordar o trabalho, pois é igualmente relevante tratar do aspecto reducionista do sistema. Nesse sentido, cabe destacar que embora o sistema possa (e o faz) requerer informações para sumarizar um dado, ao final ele o expressa de modo binário (sim ou não). Assim, o prontuário pode demandar informações sobre todas as vacinas de uma criança, mas ao final, o propósito é condensá-las e informar se o calendário está ou não completo.

A quantificação de informações pré-determinadas é o eixo operacional desse processo de monitoramento. É possível extrair relatórios que contenham indicativos para uma abordagem mais complexa das situações monitoradas, entretanto, na atual dinâmica dos serviços, sua análise e discussão pelas equipes ainda parece improvável. Nesse sentido, o peso atribuído às informações decorrentes do

Quadro 1. Características do sistema de pagamento por performance adotado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, para as suas unidades de Atenção Primária em Saúde

	Variável 1	Variável 2	Variável 3
Objetivo geral	Destinar recursos financeiros a Organização Social de Saúde, a título de incentivo à gestão do Teias, em função do desempenho de indicadores selecionados.	Destinar recursos financeiros às unidades, a título de incentivo, para aplicação nas unidades de saúde, em função do desempenho de indicadores selecionados.	Destinar recursos financeiros às Coordenações de AP – CAP, a título de incentivo, para as equipes de trabalho das unidades de saúde, em função do desempenho de indicadores selecionados.
Sobre a destinação e utilização dos recursos	A OSS formula o modo de utilização dos recursos e apresenta plano de aplicação à Coordenação da AP.	As unidades elaboram planos de aplicação de recursos a serem utilizados em processos de qualificação técnica de profissionais e em amenidades que contribuam para o trabalho das equipes.	Os recursos são, trimestralmente, destinados aos profissionais como remuneração por desempenho. Tem como referência o salário base.
Sobre os indicadores	18 indicadores que abarcam diferentes áreas de atuação da unidade.	18 indicadores em 4 domínios: acesso (6); desempenho assistencial (9); eficiência (5); satisfação do paciente (1)	Acompanhamentos de usuários vulneráveis. Foram criados 10 blocos de situações, as quais se vinculam indicadores. O desempenho é medido a partir da composição de indicadores dos 10 blocos.
Observações	O cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação dos recursos a CAP pra aplicação em um plano de “adaptação das unidades de APS”	Existe um parâmetro mínimo ou máximo das metas e a definição específica da meta é estabelecida entre a unidade e a CAP. Está prevista a apresentação de justificativas para o não alcance de metas. Se uma equipe não cumprir as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe os recursos.	O cumprimento de metas é avaliado segundo cada equipe. Todos os membros de uma equipe recebem a mesma quantidade de unidades contábeis. Dependendo dos resultados de desempenho, o número de unidades contábeis – UC, varia de equipe para equipe.

Fonte: Elaboração própria

monitoramento acaba por expressar características mais reducionistas quando considerada a complexidade das atividades.

Em qualquer sistema de pagamento por desempenho, a definição do montante de recursos financeiros a ser repassado deriva de diversos cálculos relativos aos níveis de alcance de metas vis-à-vis os indicadores propostos para a avaliação/monitoramento. O mesmo podemos dizer sobre o número de indicadores e as áreas de atuação que lhes dão origem, que pode variar bastante (MELO; SOUZA, 2011). No município do Rio de Janeiro, os indicadores ligados ao trabalho das equipes, variável III, associam-se às condições e problemas de saúde apontados como

prioridades epidemiológicas (planejamento familiar, saúde materna, saúde infantil – 1º e 2º ano de vida, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase; tabagismo, alcoolismo e outras drogas).

Do ponto de vista da dinâmica de bonificação de unidades (variável II), se uma equipe não cumpre as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe os recursos. No discurso, isso indicaria a possibilidade de promover um apoio mútuo por fixar um objetivo comum. Contudo, acreditamos que isso só seria possível se fosse satisfeito o requisito de equidade de condições entre as equipes, o que é difícil de proporcionar dada a desigualdade no território, que

leva a graus diferentes de necessidades da população de acessos serviços. Pode acontecer, como no campo de estudo, que a área na qual a população enfrenta maiores dificuldades socioeconômicas seja a mesma, não coincidentemente, cuja equipe tinha maior alternância do profissional médico. É pertinente pensar na hipótese de que, se esse dispositivo de remuneração não promover uma solidariedade entre equipes, pode, diante do fracasso no alcance de metas, produzir dissenso interno pela culpabilização de uma equipe ou indivíduos. A cobrança por pares decorrente da aplicação deste mecanismo de remuneração, discutida por Moraes e Iguti (2013) em relação aos médicos, tende a assimilar uma faceta ainda mais danosa quando em questão os ACS, cuja vulnerabilidade profissional/institucional é acentuada.

No que diz respeito aos recursos repassados como remuneração aos profissionais pelo alcance de metas das equipes — variável III, pode-se dizer que os blocos de indicadores definidos pautam-se por uma prática em que se mesclam o acompanhamento clínico/realização de procedimentos clínicos/vigilância. O ACS tem um papel fundamental na tradução dos valores e conhecimentos que cercam as áreas das quais emergem os indicadores para o universo dos usuários e na alimentação dos sistemas de informação; na implantação de uma dinâmica de adequação da população aos preceitos clínicos/epidemiológicos e ao tipo de relacionamento que deve ser estruturado com o serviço, atuando como agente de correção; na captação e efetivação do ingresso desses usuários na CF, atuando como um agente de conexão ao estabelecer a ligação entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário. (FONSECA, 2013).

Uma síntese das reflexões apresentadas em torno do pagamento por performance aponta mais para preocupações sobre as repercussões desse sistema do que para um otimismo quanto ao seu potencial de qualificar a atenção e o trabalho do ACS.

Contudo, nossa experiência de campo nos proporcionou o acesso a um significado atribuído por um gestor a esse sistema, que o situa como uma forma de transferir poder para os profissionais. De acordo com o gestor:

isso não é controle social, mas gera uma possibilidade de inversão no poder, pois o trabalhador que está na ponta, também pode cobrar do nível central para que 'aconteçam' as condições que permitem o cuidado de qualidade acontecer. [exemplifica com uma fala] eu não consigo cumprir a minha meta de sífilis congênita, não consigo alcançar minha meta de cuidado com qualidade, porque o VDRL não está disponível de forma adequada (...). Isso gera uma massa de trabalhadores fazendo essa cobrança do gestor central. (Gestor).

Na medida em que os relatórios nos quais se baseiam a análise do pagamento por desempenho contêm justificativas sobre as metas não alcançadas, é criado um canal formal para essas reivindicações, que também deverão estar presentes nos espaços de discussão das CF. Afirmar que a criação desse canal de comunicação e que o estímulo ao debate ao qual ele daria origem vão se configurar como formas políticas em que a avaliação se converte em instrumento para realizar propósitos dos trabalhadores (ainda que pontualmente ligados às atividades), é uma hipótese a ser futuramente explorada.

A adesão de uma CF ao PMAQ-AB é um elemento que gera, automaticamente, um número de unidades contábeis para o sistema de pagamento por desempenho — para o qual a SMSDC adotou a sigla P4p (pay for performance). Isso demonstra o alinhamento entre a política de avaliação adotada no município e a proposta pelo MS. No que tange ao município do Rio de Janeiro, é clara a relação entre as prioridades da carteira de serviços da APS / indicadores do sistema de P4p / indicadores do PMAQ-AB, sendo esse último um conjunto bem maior, numérica e qualitativamente falando. A PMAQ-AB pretende

interferir na qualidade, valorizando práticas e, portanto, propondo indicadores que preservem a lógica de atuação epidemiológica, mas ao mesmo tempo relacionados ao processo de trabalho das equipes, tais como a realização de reuniões de equipe, a incorporação da análise dos resultados nas discussões de equipe, envolvimento da comunidade e redes sociais na elaboração do planejamento e a educação permanente.

No momento da pesquisa de campo a adesão da CF pesquisada era recente e a partir da entrevista com gestores, percebemos que o PMAQ-AB é valorizado pelo seu potencial de promover reflexão sobre processos.

Os indicadores [em geral] são muito importantes porque são um norte para o nosso trabalho. As metas, essa questão de meta, tem muita preocupação com quantidade e eu acho importante pensar mais na qualidade. (...) O PMAQ-AB é uma novidade. Eu acho importante, porque faz a gente pensar sobre o que está sendo desenvolvido, o trabalho, o que estamos atingindo, o que não está sendo e o porquê (...). Faz a gente pensar em estratégias. (Gestora).

Alguns aspectos aqui tratados dão a clara indicação de que é necessário um prazo maior de implementação tanto do sistema do pagamento por performance quanto da PMAQ-AB para termos dados que subsidiem uma discussão consistente sobre suas repercussões. Será importante interrogarmos seus efeitos não somente nos indicadores priorizados por essas lógicas mas também sobre outras dimensões do processo de trabalho, bem como sobre os níveis de desgaste e sofrimento acarretados aos trabalhadores.

O caráter avaliativo das manifestações dos usuários

Ainda que o monitoramento seja a expressão mais vigorosa da avaliação entre as práticas de gestão da CF, e a que atua mais intensivamente sobre o trabalho, para os ACS essa não

é a única forma pela qual a lógica da avaliação se faz presente.

Os ACS identificam a manifestação de opinião do usuário em determinados espaços institucionais como um modo de avaliação. Isso não ocorre de modo sistemático e com critérios explícitos, o que o distancia conceitualmente da avaliação (PATTON, 1997).

Na unidade, identificamos duas formas mais significativas de acessar a opinião dos usuários sobre o serviço: as ouvidorias — da SMSDC e a OSS e contatos diretos com outros profissionais da CF, em particular médicos e enfermeiros. Além de constatarem a existência desse modo de colocar em discussão seu trabalho junto às instâncias de poder — supervisora, gerente, coordenação da AP e no nível central e na OSS — alguns ACS valorizam particularmente a opinião do usuário quanto à qualidade do trabalho. Nas entrevistas, a referência ao papel do usuário como avaliador foi espontaneamente colocada quando indagamos sobre as formas de avaliação do trabalho.

Através do trabalho com os pacientes. Os pacientes demonstram quando não estão satisfeitos (...) Eles falam com médico, com enfermeiro. Até mesmo com a ouvidoria. (Júlia, ACS).

Ouvidoria, porque se o paciente não está satisfeito com alguma coisa ele faz a ouvidoria ou então ele vem aqui, os pacientes já sabem chegar à gerência, eles já sabem como é. (Nina, ACS).

Ela [gerente] chama a gente para buscar o porquê, sempre perguntando o porquê, ela também nunca faz duramente, ela sempre procura escutar, já tive ouvidoria, a maioria [dos ACS] já teve ouvidoria. (Nina, ACS)

Para os pesquisadores da área, a avaliação da satisfação do usuário carece de consistência em seus modelos teóricos, que estão aquém da complexidade da área (ESPIRIDÃO; TRAD, 2005). Os enfoques teóricos que sustentam essa forma de avaliar têm como núcleo os aspectos psicológicos, tais como crenças, expectativas

e percepções dos usuários (ESPIRIDÃO; TRAD, 2005). Existem vários modelos que buscam identificar os elementos que compõem a percepção de satisfação do usuário. Espiridião e Trad (2005) fazem uma revisão desses modelos teóricos, dentre os quais destacamos o elaborado por Pascoe, para quem a satisfação é baseada em “padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva, e é estabelecida pela comparação entre experiência vivida e critérios subjetivos” (ESPIRIDÃO; TRAD, 2005, P.1270). Essas reflexões são pertinentes, pois supomos existir uma interface entre características das pesquisas de satisfação e da avaliação, que se difunde a partir dos canais de comunicação com os usuários, viabilizados na CF.

A existência de fluxo formal, na gestão, para os conteúdos das ouvidorias, reforça seu caráter avaliativo. No que diz respeito ao trabalho do ACS, nos parece que o conteúdo das ouvidorias tem um foco estritamente individualizante do trabalho. Nesse sentido, tanto a ouvidoria quanto o próprio canal direto com os supervisores e com o/a gerente, aliado ao fato das metas serem individualmente monitoradas, constitui-se uma rede de controle que atua sobre o indivíduo. No caso dos ACS, visto o lugar que ocupam na hierarquia profissional e a baixa estabilidade agregada ao seu cargo, isso pode ser mais um fator a gerar sobrecarga e desgaste psíquico do trabalhador.

Não obstante acharmos essas reflexões necessárias, nos depoimentos dos ACS sobressai a valorização da opinião do usuário no julgamento de seu trabalho. Isso aponta para algumas especificidades desse trabalhador e de sua função que estão socialmente articuladas. Vamos considerar dois elementos: o fato de ser um morador da comunidade e lá exercer seu trabalho e de, na qualidade de morador, ser usuário da CF.

Como trabalhador, o ACS é instado a conquistar, no seu espaço social de circulação cotidiana, uma credibilidade profissional. Jardim e Lancman (2009) destacam que a credibilidade é um aspecto fundamental para a concretização de trabalho,

sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem essa credibilidade não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. (JARDIM; LANCMAN, 2009, P.128).

A valorização da opinião do usuário como forma de avaliação/julgamento de seu trabalho pode ter relação com essa especificidade do trabalho depender de seu reconhecimento profissional para o exercício de suas atividades cotidianas. Quando ocorre uma fusão entre o espaço social e espaço do trabalho, ser reconhecido como um bom profissional, ou seja, ser avaliado pelo usuário como um ACS que desenvolve bem seu trabalho, implica ser qualificado positivamente em uma dimensão que vai além da profissional. Isso, provavelmente, tem repercussões na construção da identidade dessas pessoas de um modo ainda mais intenso do que com os outros profissionais da CF não moradores das comunidades do entorno.

O segundo elemento que destacamos como constitutivo dessa apropriação pelo ACS, do aspecto avaliativo da opinião do usuário, conecta-se ao fato de que, sendo também um usuário os ACS podem compreender essa forma de participação individual como um modo de legitimação de sua condição de cidadão, na medida em que teria potencial de influenciar as práticas nos serviços, ainda que dificilmente alcance o nível do planejamento e da formulação de políticas.

Por fim, compreendemos que as concepções e discursos que atravessam a ESF consolidam uma rede conceitual na qual se integram as noções de responsabilização, acolhimento e vínculo. Essas noções, que se tornaram norteadoras na estratégia, reiteram a relação entre sujeitos, no espaço concreto da CF, entre usuários/famílias com os profissionais que lhes são de referências para o cuidado. No caso do ACS, esse vínculo é ainda mais personalizado, pois o contato é mais frequente e, por vezes, mais

íntimo, o que contribui para que a opinião do usuário, ainda que individual, seja assumida pelo ACS como uma forma prioritária de avaliação do trabalho.

Quantidade e qualidade: além do consenso

Os ACS apresentam uma crítica restrita do acompanhamento de seu próprio trabalho a partir de metas. Entretanto, a preocupação com a ênfase quase exclusiva neste aspecto é compartilhada por eles.

Eu não acho válido colocar na visita ‘fui à residência e fulano não estava em casa’, é número isso, não é uma qualidade, mas a gente acaba colocando por conta de fazer os números, só que seria muito mais interessante ‘fulano veio até a clínica hoje para participar do grupo tal’. (Sofia, ACS)

A ideia de que o foco é apenas na quantidade deve ser relativizada. Não se observou uma vertente exclusivamente produtivista (FONSECA ET AL., 2012) que se caracterizaria pelo ‘quanto mais melhor’. Os ACS nos falam que não é suficiente fazer visitas, é preciso acompanhar os ‘usuários mais vulneráveis’. Essa orientação já introduz um elemento de qualidade, pois define quem são os vulneráveis e monitora a realização ou não desses acompanhamentos em cada microárea. Entretanto, essa é uma dimensão restrita, pois não parte desse elemento para mobilizar discussões ou processos de formação e transformação do trabalho, que podem incorporar as questões que emergem a partir do cotidiano, sem negligenciar uma dimensão mais ampla da reflexão sobre o processo saúde doença e sobre o trabalho em saúde.

Nesse arranjo, as práticas de monitoramento se nutrem do prestígio social da avaliação, mas não alcançam alguns de seus benefícios. Essa característica foi apontada por Hartz (2009) como uma filiação da avaliação aqui desenvolvida, ao que se denomina segunda geração da avaliação, que na saúde está:

[...] vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos. (HARTZ, 2009, P. 53).

Dos debates da humanização em saúde provêm reflexões sobre a relação entre avaliação e a complexidade da produção dos serviços que valem ser resgatadas. Acompanhamos o pensamento de Santos Filho (2007) sobre os indicadores de avaliação em saúde:

[...] devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolutividade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição (SANTOS FILHO, 2007, P.1001).

Quando a lógica da avaliação é representada basicamente pelo alcance de metas, pode ocorrer uma distorção que Bevan e Hood (2006) caracterizam com uma expressão inglesa — *hitting the target and missing the point*, algo como ‘acertando o alvo e perdendo o foco’. O foco, nesse caso, diz respeito ao que se deseja alcançar em um sentido mais amplo. A crítica do autor à gestão por metas vincula-se à percepção de que há risco dos profissionais adotarem estratégias concretas para evitar as situações (no caso usuários) que ameaçam o alcance das metas. No caso do trabalho na ESF, e do trabalho do ACS em particular, essa ‘perda de foco’

ocasionada por uma organização do processo de trabalho centrada no alcance das metas pode gerar um duplo efeito: fragilização das práticas educativas que acentuam sua atuação como agente de mobilização e o esvaziamento de seu papel como profissional da saúde. Em outros termos, a configuração do processo de trabalho do ACS nos parece bastante restrita aos objetivos em que predominam a conjugação da lógica clínica e de vigilância e a perspectiva utilitarista das atividades, essas transformadas em tarefas. Sob o impacto da gestão por metas, a conciliação dessas perspectivas afasta o trabalho do ACS de suas virtudes, que acreditamos estarem alicerçadas em um projeto de educação em saúde de caráter emancipatório, e reitera a relação de poder assimétrica que historicamente os serviços mantêm com a população. Nesse sentido, o que Standing e Chowdhury (2008) caracterizam como uma agenda política para a inserção dos trabalhadores comunitários na saúde é enfraquecida.

Observamos uma situação que nos pareceu bastante significativa para refletir sobre esse aspecto. Em uma reunião de equipe falou-se de uma paciente jovem, grávida, que estava com sífilis. Sua história ganhava complexidade, pois o parceiro tinha outra companheira e diversas situações faziam com que sua abordagem escapasse de alternativas mais óbvias no serviço. A questão não era essa: ela havia se mudado e o serviço tinha perdido o contato, mas sabia-se que ela permanecia em uma área de abrangência da CF, portanto, continuaria sendo um potencial caso de sífilis congênita a compor (negativamente) os indicadores da área. Imediatamente, na leitura que foi instaurada desse caso, o sujeito deixa de ser o doente mero portador de sintoma, reificação tão criticada do modelo biomédico e, ao invés de tornar-se sujeito de uma biografia, é situado como um componente de indicador.

No espaço de supervisão isso é constitutivo de um lugar do usuário e do ACS. O primeiro como componente de indicador

e o segundo como um agente de correção, impulsionado não mais pela ideia de redução de doenças, mas sim pela melhoria dos indicadores do processo de gerenciamento. Como evitar a ‘realização’ desse numerador tornou-se ‘a questão’. Os aspectos mais operacionais das formas usuais de busca ativa foram rapidamente postos em revista sem que fosse instaurada uma reflexão sobre as singularidades que essa situação colocava para o trabalho educativo. A partir desse enquadre, renuncia-se à oportunidade de provocar uma discussão sobre as finalidades e fundamentos do trabalho em equipe e do trabalho do ACS. Por isso, resgatamos o pensamento de Ayres (2001), quando analisa as referências de sucesso assimiladas na saúde. O autor diz:

[...] não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. (...) Ora, se examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebamos e o desejemos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico (AYRES, 2001, p.69).

Alertamos que se igualarmos ideia de ‘trabalho bem desenvolvido’ ao êxito técnico e assumirmos que esse êxito equivale ao alcance de um determinado conjunto de metas de controle de doenças, corremos o risco de configurar uma dupla vulnerabilidade: o confinamento das atividades dos ACS em uma condição de trabalho simples, no qual figura o esvaziamento da educação em saúde em um formato mais complexo e prevalece o caráter/tarefa de sua atuação; e, em um horizonte de tempo mais amplo, a perda do significado de sua atuação nos contextos em que o sistema se qualifica de modo estável. Isto traria um paradoxo: quanto melhor o sistema de saúde, mais frágil se torna o trabalho do ACS. Em sentido complementar a essa discussão, consideramos relevante lembrar

que o formato de cobrança do cumprimento de metas coletivo e individual, aliado à precarização e falta de estabilidade do ACS, impõem ao trabalhador estar continuamente buscando a sua validação e sendo posto à prova sozinho (LINHART, 2011). Essa é uma forma de gerar precariedade subjetiva nos trabalhadores, que gradualmente deixam de se sentir à vontade no trabalho e entre si, interferindo negativamente sobre a formação de redes de cumplicidade e apoio (LINHART, 2011).

Na saúde, o risco desses fenômenos assumirem significado relevante parece invisível e pouco refletido no âmbito da gestão. Uma ênfase maior é concentrada na formulação de propostas consistentes e coerentes com os objetivos de redução da morbimortalidade da população. Nessa direção são articulados diversos instrumentos de gestão que buscam garantir a coesão das ações, a despeito de efeitos não percebidos, mas que se anunciam nas situações de trabalho. Esses instrumentos, particularmente os de monitoramento, incorporam, sobretudo, indicadores que se estabelecem tendo por base a produção de evidências científicas. Isso acarreta limitações de base epistemológica, pois essa produção atende a uma hierarquia entre os desenhos de estudos avaliativos, além de excluírem objetos e metodologias como avaliação de processo, estudos formativos, pesquisa-ação e a pesquisa etnográfica, nos estudos hegemônicos nessa vertente (VEDUNG, 2010 P.273).

Em relação ao ACS, o projeto que a SMSDC sustenta valoriza sua inserção no sistema e admite a complexidade de seu trabalho, embora nossa pesquisa aponte que o processo que está sendo desenvolvido rivalize com essa dimensão de complexidade.

Considerações finais

O compromisso inerente à gestão de lidar com situações de saúde no plano concreto impõe um papel permanentemente dinâmico

na busca de formular e operar processos e mudanças que, em tese, contribuiriam para o 'sucesso' tal como definido pelas políticas e pelos programas. Como não existem garantias quanto aos resultados que serão alcançados, a gestão busca tecnologias que permitam discutir não apenas os resultados mas também oferecer indicações quanto a trilhar o 'bom caminho' para alcançar a qualidade, mesmo que seu significado seja parcial ou até fragmentado. A avaliação, em especial a partir da década de 1990, tem sido valorada como uma das tecnologias de gestão capaz de apresentar as melhores soluções para seguir esse percurso, no qual quantidade e qualidade devem ser integradas para o alcance dos resultados de saúde desejados. Aliado a isso, acompanhamos a difusão dos modelos de terceirização de unidades de saúde, o que acarreta a adoção de indicadores de avaliação do cumprimento de metas e objetivos dos contratos de gestão. Tais circunstâncias estimularam a incorporação de uma cultura de avaliação tanto no plano da gestão quanto no cotidiano das práticas profissionais.

Como campo de conhecimento, a avaliação se expressa com base em uma diversidade de arcabouços teórico-metodológicos, embora, nos serviços de saúde, prevaleçam os referenciais quantitativos, de base clínica e epidemiológica. Sua presença está marcadamente vinculada ao monitoramento, cuja racionalidade volta-se para a medição do cumprimento de metas que não são exclusivamente de quantidade, mas têm nessa dimensão seu enquadramento principal. Isso implica em limites para a abordagem de alguns objetos em sua complexidade, como é o caso da educação em saúde, componente central do trabalho dos ACS. Outras formas de avaliação já delineadas e que poderiam proporcionar discussões que enfrentassem a complexidade do trabalho educativo raramente são inseridas no cotidiano.

O predomínio atual é de modos de avaliar/monitorar que acentuam o enfoque individualizante da avaliação. Articulado a

mecanismos de gestão, como o pagamento por desempenho, tal enfoque fortalece as situações que geram competição e podem promover a vulnerabilidade institucional e desgaste pessoal do ACS.

Nesse cenário, a avaliação não tem provocado uma digressão frente ao parcelamento e à simplificação do trabalho do ACS, o que contribui para a diluição das práticas mais emancipatórias da educação em saúde, cuja submissão a uma perspectiva utilitarista acarreta o enfraquecimento do papel

de agente de mobilização desse trabalhador. Isso repercute sobre os processos de capacitação, nos quais se valoriza a habilidade para o exercício de ações pontuais, fortemente marcadas pela vigilância epidemiológica. Pelo poder atribuído à avaliação entre as tecnologias de gestão, outras formas de interferir no processo de trabalho, como a supervisão, encontram constrangimentos para priorizar questões que não atendam diretamente aos propósitos contemplados nos indicadores de avaliação. ■

Referências

- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de
- Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Documento Técnico, 6 v. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

- BEVAN, G.; HOOD, C. What's measures is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, New Jersey, v. 84, n. 3, p. 517-538, 2006. Disponível em: <<http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/dp0501.pdf>>. Acesso em: 3 nov 2012.
- DE BRUIN, S.R.; BAAN, C.A.; STRUIJS, J.N. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, London, v.11, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/472-6963-11-272>>. Acesso em: 6 out.2012.
- ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. supl., p.303-312, set./dez. 2005.
- FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012.
- FONSECA, A. F. *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- HARTZ, Z.M.A. Avaliação em Saúde (verbete). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 50-55.
- JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.
- LINHART, D. Entrevista. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 149-160, 2011.
- MELO, M.; SOUSA, J. C. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 28-34, 2011.
- MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORAES, P N; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.37, n. 98, p. 416-426, 2013.
- PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. Thousands Oaks; London (UK): SAGE Publications, 1997.
- SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). *Contrato de Gestão*. Anexo B: acompanhamento do contrato, avaliação e metas – AP.3.2. Rio de Janeiro: SMSDC, 2013.
- STANDING, H.; CHOWDHURY, A.M. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: what future for community health workers? *Social Science & Medicine*, New York, v. 66, n. 10, p. 2096-2107, 2008.
- VEDUNG, E. 2010. Four Waves of Evaluation Diffusion Evaluation. *Evaluation*, v. 16, n. 3, p. 263-277. Disponível em <<http://evi.sagepub.com/content/16/3/263>>. Acesso em 5 jul. 2010.
- VIANA, A.L. D'A. DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 225-264, 2005.

Recebido para publicação em abril de 2014
 Versão final em agosto de 2014
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora

The National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care: faces of an innovative policy

Hêider Aurélio Pinto¹, Allan Nuno Alves de Sousa², Alcindo Antônio Ferla³

RESUMO O presente artigo contextualiza a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), analisa, com apoio de referenciais da análise de políticas, diferentes papéis do programa na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reunindo, para isso, alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação, em perspectiva adotada pela saúde coletiva para o estudo de políticas, em particular, no que se refere à sua implementação, além de considerar, na perspectiva das análises institucionais, o PMAQ-AB como revelador da PNAB. Os dados analisados compõem o banco de dados do PMAQ-AB e indicadores de financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo perceber um incremento nos recursos destinados, no âmbito federal, à Atenção Básica e um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação embasada na utilização de indicadores de autoavaliação e de Avaliação Externa.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Política de saúde.

ABSTRACT *The present article contextualizes the formulation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB), analyzes different roles of the program in the new National Policy of Primary Care (PNAB), bringing together some of the results in their first three years of implementation. The analyzed data comprises the database of the PMAQ-AB and indicators of federal financing of the Unified Health System (SUS), allowing to realize an increase in resources at the federal level to Primary Care and an innovative course in relation to the content of the policy, the local mobilization and the production of a monitoring and evaluating culture grounded on the use of indicators of self-assessment and External Evaluation.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health evaluation; Health policy.*

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. heiderpinto.saude@gmail.com

²Mestre em Ciência Política pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. allan.sousa@saude.gov.br

³Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenador Nacional da Rede Unida – Porto Alegre (RS), Brasil. alcindoferla@gmail.com

Introdução

A Portaria nº 1.654, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011B), criou o PMAQ-AB e instituiu, na nova PNAB, amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – para a implantação de mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a uma avaliação e certificação que vincula repasses de recursos conforme o desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados pelo programa.

O MS afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome/mote de ‘Saúde Mais Perto de Você’, o PMAQ-AB é a “principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2011C). A aposta é na produção de uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a Atenção Básica (AB) e as potencialidades locais/regionais.

A amplitude e a ousadia dos objetivos do PMAQ-AB podem ser percebidas ao lermos suas diretrizes, expostas na Portaria nº 1.654:

I – construir ‘parâmetro de comparação’ entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II – estimular ‘processo contínuo e progressivo de melhoramento’ dos padrões e indicadores de ‘acesso e de qualidade’ que envolva a ‘gestão, o processo de trabalho’ e os ‘resultados alcançados’ pelas equipes de saúde da Atenção Básica;

III – ‘transparência’ em todas as suas etapas, permitindo-se o ‘contínuo acompanhamento’ de suas ações e resultados ‘pela sociedade’;

IV – ‘envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores’ federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários num ‘processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica’;

V – ‘desenvolver cultura de negociação e contratualização’, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI – ‘estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários’; e

VII – caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu ‘êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos’. (BRASIL, 2011B) [GRIFOS DOS AUTORES].

Alguns pontos se destacam ao lerem-se os objetivos do programa. Em primeiro lugar, fica explícito que tem como objetivos finalísticos induzir a mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

Outro destaque importante é que o programa busca fazer isso provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com AB. Como veremos à frente, é uma estratégia que pressupõe o fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços. O programa assume, ainda, compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso

da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade.

Essa forte aposta e esse investimento na mobilização dos atores locais pretende promover mudança de condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na AB em direção aos objetivos estratégicos do programa, traduzidos nos padrões de acesso e de qualidade utilizados pelo mesmo e valorados em seu processo de avaliação e certificação, sempre ressignificados em função da realidade concreta, do contexto, das prioridades, dos interesses e da negociação dos atores locais. O programa acredita que essa mobilização não seja pontual e eventual, mas que impacte nos modos de agir da gestão, da atenção e do controle social, a ponto de se transformar num processo contínuo e progressivo de mudança e no estabelecimento de uma nova cultura nesses campos (BRASIL, 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para melhor compreender que tipo de estratégia de intervenção é o PMAQ-AB, é fundamental localizar seu papel na PNAB, objetivo da próxima sessão.

O PMAQ-AB no contexto de construção da nova PNAB

O PMAQ-AB foi proposto logo no início do Governo Dilma. Já em janeiro de 2011, a Presidenta da República, após reuniões com a equipe do então Ministro Alexandre Padilha, deu destaque e prioridade à AB e determinou a criação de um conjunto de programas para esse fim (PADILHA, 2011). Do desdobramento dessas reuniões e do posterior processamento interno no MS surgiu um quadro dos desafios que condicionavam o desenvolvimento da AB e que deveriam ser considerados na definição das ações e dos programas que o novo governo proporia para a PNAB no país:

1 - Financiamento insuficiente da Atenção Básica;

2 - Infraestrutura das UBS inadequada;

3 - Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e a atenção à saúde;

4 - Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, para grupos mais vulneráveis;

5 - Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;

6 - Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;

7 - Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;

8 - Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;

9 - Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;

10 - Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e de estimular a participação da sociedade. (PINTO, 2011)

Na sequência, ocorreram discussões que buscaram construir um consenso tanto nas esferas de pactuação tripartite do SUS quanto no espaço maior de controle social do sistema. No mês de abril de 2011, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, por unanimidade, a Resolução nº 439 sobre a AB que foi norteadora da reorientação e do aprimoramento da PNAB a partir daquele ano:

Mobilizar todos os esforços e forças sociais para 'aumentar a destinação de recursos financeiros' para a Atenção Básica,

especialmente nas esferas Federal e Estadual;

Que as três esferas garantam ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na Estratégia Saúde da Família, seja efetivamente a 'principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as unidades básicas de saúde, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção';

Que o controle social, a participação da comunidade em cada serviço e 'coletas sistêmicas da opinião e satisfação do usuário sejam fatores permanentes de crítica, correção e orientação da política e da organização e atuação dos serviços de saúde da Atenção Básica';

Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem 'garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso', universalizando de fato o direito à saúde;

Que o Ministério da Saúde, no âmbito nacional, e as Secretarias Estaduais e Municipais no âmbito estadual e municipal, respectivamente, aprimorem e qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades, tal como a medida tomada recentemente pelo Ministério com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - e 'avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica'. (BRASIL, 2011A) [GRIFOS NOSSOS].

Analizando as ações do MS na AB nos últimos três anos, percebemos, com muita clareza, a criação de uma série de ações e programas seguindo as diretrizes apontadas por essa resolução do CNS, cujo objetivo é enfrentar

cada um dos desafios identificados no quadro de diagnóstico indicado acima (PINTO, 2011).

Conformam essa nova PNAB medidas como a reconstrução e o aumento do Financiamento da Atenção Básica (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012); o Programa de Realização das UBS; a criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); a estratégia e-SUS Atenção Básica; o Programa Telessaúde Brasil Redes; o PMAQ-AB; a própria Portaria da nova PNAB; a reestruturação do Programa Saúde na Escola; a criação do Programa Academia da Saúde; a nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da AB; o Plano Nacional de Educação Médica; e, finalmente, os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos.

Contudo, entendemos que aquele que sintetiza melhor essa nova PNAB é o PMAQ-AB, justamente por ser um programa que se articula com diversas dessas iniciativas, estabelecendo uma relação de síntese e sinergia com quase a totalidade delas, podendo ser colocado na condição de revelador da nova PNAB. Tentaremos mostrar esse potencial analítico do PMAQ-AB à frente.

O PMAQ-AB como inovação qualitativa e quantitativa no financiamento da AB

Um primeiro modo de perceber o PMAQ-AB, no contexto da PNAB, está relacionado ao seu papel no redesenho do financiamento da AB.

Até 2007, o financiamento federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), o PAB Variável (PABV). A partir de 2007, foi, progressivamente, constituindo-se e fortalecendo-se o componente de estrutura e modernização, com investimentos cada vez maiores

na estrutura das UBS, em equipamentos e na informatização das UBS (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012; PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO).

E, finalmente, em 2011, foi criado o componente de qualidade que inaugurou um novo modo de financiar na AB, pela primeira vez, associado a um processo de adesão voluntária, contratualização de compromissos e repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB (BRASIL, 2011B). Lembremos que, até então, o único fator que interferia no financiamento de uma equipe era que modelagem havia entre as previstas na PNAB (BRASIL, 2011G). Com o PMAQ-AB, o ‘o que faz’, o ‘como faz’ e ‘que resultados alcança’, do município e da equipe, passaram a ser decisivos no financiamento.

Conforme as regras do programa (BRASIL, 2011B; 2011C), o município receberia, por cada equipe de Atenção Básica (EqAB), incluída a equipe de saúde bucal (EqSB), no mínimo, R\$ 2.200,00 a mais ao mês se a mesma fosse

certificada como ‘na média ou abaixo da média’; R\$ 6.600,00 se essa certificação fosse ‘acima da média’; e até R\$ 11.000,00 se alcançasse a certificação ‘muito acima da média’.

Para avaliar o impacto desse aumento junto aos demais aumentos do PAB, vamos considerar na *tabela 1*: uma Unidade de Referência (UR) composta por uma equipe de Saúde da Família (EqSF), com EqSB e 6 agentes comunitários de saúde (ACS), para fins do cálculo do PABV; a média de 3.450 habitantes cobertos por uma EqSF, para o cálculo do PABF médio do país; os valores médios repassados para as EqSF e EqSB; e, ainda, os valores médios repassados no PMAQ-AB (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO). Para os valores médios, sempre se considera o recurso total dividido ou pela unidade de habitantes ou pelas equipes de AB (EqAB), ou, ainda, EqAB participantes, como no PMAQ-AB.

Percebemos que o valor mensal médio por UR considerada aumentou, de 2010 a 2013, em média, 58% (31,4% acima da previsão da

Tabela 1. Incremento no financiamento da Atenção Básica no período 2010/2013 segundo item de desembolso

Itens	Cálculo	2010	2013	Aumento
PAB Fixo	Pop. de 3.450 mun. De R\$ 18,00 hab/ano para a média de R\$ 24,70 ¹	5.175,00	7.101,25	37%
PAB variável				
Agentes de Saúde	Média de 6 ACS por equipe Passou de R\$ 651 para R\$ 1.014 (são 13 parcelas anuais) ²	4.231,50	6.591,00	56%
Eq. Saúde da Família	Modalidade I que é 1/3 das equipes e estão nos mais pobres	7.467,00	8.338,00	12%
Eq. Saúde Bucal	Modalidade I e com Técnico de Saúde Bucal	2.421,00	2.712,00	12%
PMAQ-AB Médio		Não havia	5.696,00	-
PMAQ-AB Máximo	Equipes melhor avaliadas tem um incremento de 100% do valor do incentivo do programa.	Não havia	11.000,00	-
PAB TOTAL Médio		19.294,50	30.438,25	58%
PAB TOTAL Máximo		19.294,50	35.742,25	85%

Fonte: Elaboração própria

Nota: 1. A partir de 2011, o valor do PAB Fixo a ser transferido aos municípios passou a contar com quatro faixas que correspondem às condições socioeconômicas dos municípios. Para 2013, o valor médio considerando o valor total dividido pelo total da população foi igual a R\$ 24,70.

2. De acordo com informações extraídas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) o número médio de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de Saúde da Família é de 6 ACS por equipe.

inflação do período) (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2014; IBGE, 2014), e chegou a 85% (58,4% acima da inflação) no caso das EqAB com certificação máxima. O incentivo do PMAQ-AB responde por 51% desse aumento no primeiro caso e por 67% no segundo.

Se o aumento proporcionado pelo PMAQ-AB no financiamento de cada EqAB é expressivo, também o é seu impacto no financiamento global da AB. Inexistente em 2010, repassou 70 milhões de reais em 2011, quase 700 milhões em 2012 e foi orçado em mais de 1,6 bilhões em 2014. Considerando que o PABV aumentou, entre 2010 e 2014, de 5,92 para 11,17 bilhões (PINTO; MAGALHÃES JUNIOR; KOERNER, NO PRELO), temos que 30% desse aumento se deveu à criação do componente de qualidade do PMAQ-AB. Um valor que deverá seguir subindo conforme a expansão do programa.

O PMAQ-AB como estratégia da PNAB de mobilização para a qualificação da AB

Por outro lado, percebemos, também, que o PMAQ-AB foi desenhado como uma estratégia da PNAB de mobilização de atores locais para enfrentar problemas e situações entendidas como condicionantes do desenvolvimento e da qualificação da AB no Brasil (PINTO, 2011).

Podemos afirmar que trata-se de uma inovação na PNAB, que buscou integrar diferentes processos numa mesma estratégia, tanto processos novos como outros que já existiam (como o AMQ, as estratégias de institucionalização da avaliação e monitoramento, o apoio institucional do HumanizaSUS, elementos da Política de Educação Permanente etc.), apostando fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsiona permanentemente a ação local para a mudança (BRASIL, 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). A inovação, nesse caso,

significa o estímulo à mobilização local para a implementação de uma ação da política e a incorporação explicitada e monitorada, no âmbito da PNAB, de dispositivos constantes de outras políticas.

A integração das diferentes ações se deu sob o formato de uma estratégia que se desdobra em fases (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) de: contratualização de objetivos e ações; construções de ações de mudança da realidade analisada – na qual são estratégias centrais a implantação do apoio institucional (CAMPOS, 2003) na gestão municipal, o desenvolvimento de plano e ações de educação permanente (CECCIM, 2005) e a cogestão (CAMPOS, 2000) das ações de mudança; de avaliação da implantação de processos e resultados; e de nova assunção de compromissos com a continuidade da mudança.

Baseia-se na adesão voluntária dos sujeitos e induz os mesmos a atuar ativamente na construção de processos que modifiquem as condições e práticas de atenção, gestão, educação e participação. O programa define um elenco amplo de situações/problemas/potências através de seus padrões de qualidade e incita os atores locais a reconhecê-los, problematizá-los e definir quais são os prioritários, conforme sua realidade (fase de contratualização e momento de autoavaliação); induz esses atores a problematizar, avaliar, monitorar, refletir e pensar modos de intervir na realidade, além de gerir o processo de mudança (fase de desenvolvimento); avalia, reconhece e premia aqueles que avançam na direção desses resultados esperados e que sigam alimentando o permanente movimento de mudança (fase de Avaliação Externa e certificação e fase de recontratualização). Há uma aposta de que em torno da participação e da implantação do programa seja mobilizado um coletivo que tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL, 2011B; 2011C; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Diversas evidências mostram uma capacidade crescente do PMAQ-AB de mobilizar gestores municipais e EqAB, uma delas diz

respeito aos números do processo de adesão. Adirir ao PMAQ-AB envolve a contratualização de compromissos firmados entre as EqAB e os gestores municipais, e desses com o MS, num processo que deve envolver pactuação regional, estadual e o controle social (BRASIL, 2011C). Trata-se de

dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidade de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para as equipes, aderir significa assumir o compromisso de seguir regras do programa e diretrizes organizantes do processo de trabalho, que incluem: a implantação de padrões de acesso e qualidade e de dispositivos de gestão colegiada, autoavaliação, planejamento e avaliação; ser monitorada por seis meses a partir dos indicadores pactuados; e, finalmente, passar por um processo de avaliação que inclui a realização da autoavaliação, o desempenho nos indicadores monitorados e a avaliação *in loco*, realizada por avaliadores do programa.

O Município, por sua vez, ao aderir, passa a receber 20% do componente de qualidade do PABV por EqAB. Quando é realizada a Avaliação Externa e concluída a certificação, esse percentual, a depender do desempenho

alcançado por cada EqAB, pode ser interrompido, no caso de desempenho insatisfatório, manter-se em 20% ou aumentar para 60%, chegando a 100%. O município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade destacados no programa; adequar-se às exigências de informação e monitoramento; além de desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. A utilização dos recursos deve estar associada ao custeio da AB naquilo que o município julgue possuir potencial de contribuir para o avanço dos objetivos do programa, de ações de educação permanente, passando por melhorias das condições de trabalho até a instituição de diferentes premiações por resultados alcançados (BRASIL, 2011B).

Encerrada a etapa de adesão do 2º ciclo do PMAQ-AB, 5.070 (91%) municípios concluíram a contratualização, ante 3.972 do 1º ciclo, evidenciando um grande incremento da adesão municipal. Dado relevante é que apenas 2% dos municípios que participaram do 1º ciclo não participaram do 2º (SOUSA, 2013).

É importante destacar que, no 1º ciclo, houve um teto previamente definido de EqAB participantes, diferente do 2º, no qual todas que quiseram puderam aderir. Além disso, no 2º, puderam participar também os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No *quadro* a seguir, temos o resultado da adesão nos 1º e 2º ciclos, o percentual de EqAB que participaram dos

Quadro 1. Demonstrativo da adesão de Equipes de Atenção Básica no primeiro e no segundo ciclos do PMAQ-AB

Tipo de equipe	Adesão 1º Ciclo	Adesão 2º Ciclo	Aumento	Participaram do 1º e seguiram no 2º	% de equipes participantes entre o total do país no período
EqSF	17.482	30.424	74%	93%	90%
EqSB	12.436	19.898	60%	94%	89%
NASF	-	1.808	-	-	89%
CEO	-	860	-	-	87%

Fonte: Elaboração própria

2 ciclos e o total de EqAB participantes em relação às existentes em junho de 2013.

O *quadro 1* mostra, em números, o importante efeito mobilizador do PMAQ-AB, que chega ao seu 2º ciclo com uma altíssima adesão: quase 90% das equipes do país, de todos os tipos, e uma baixíssima taxa de abandono do Programa.

Encontramos outra evidência importante da mobilização gerada pelo programa no questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes, entre o 1º e o 2º ciclos. Foram inquiridas questões do funcionamento e dos resultados do PMAQ-AB, respondidas por gestores de 2.336 municípios (58,9% do total de participantes do 1º ciclo). Indagados diretamente se perceberam ‘maior mobilização e trabalho em conjunto das equipes do PMAQ-AB para melhoria do processo de trabalho e implantação dos padrões de qualidade’, 40,9% dos gestores relataram muita mobilização dessas equipes, 47,5% moderada e apenas 10,7% assinalaram que ela foi pequena ou não existiu (PINTO, 2013).

Outras evidências importantes de mobilização de gestores e equipes que podemos destacar estão relacionadas à realização da auto-avaliação e à implantação de alguns processos que exigem mobilização e esforço das equipes, como mostraremos nas próximas seções.

O PMAQ-AB como oferta/provocação de futuros desejáveis à ação de mudança

O PMAQ-AB, ao ofertar amplo leque de situações a serem analisadas e transformadas em cada local, não se propõe a ser neutro, como se qualquer sentido e direção da mudança fosse desejável. O programa sugere e valora certas diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades

de cada contexto e com prioridades definidas por cada coletivo (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E).

Há relação evidente entre as dimensões do PMAQ-AB, que agrupam os chamados ‘padrões de qualidade’, e o quadro de condicionantes para o desenvolvimento da AB (PINTO, 2011), o que demonstra o papel do PMAQ-AB de estratégia da PNAB para enfrentar os problemas identificados. As centenas de padrões de qualidade são identificadas como espécie de ‘resultados desejados’ nas dimensões de infraestrutura, gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica, valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção à saúde e satisfação do usuário (BRASIL, 2011C).

Os padrões de cada uma das dimensões do PMAQ-AB também se relacionam com as diretrizes estipuladas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a AB (BRASIL, 2011A). Destacamos, entre os diversos exemplos, aqueles que tratam mais diretamente de temas abordados na resolução citada, como os que pretendem induzir que a AB seja a principal porta de entrada do SUS; aqueles que apontam para a facilitação do acesso e dos avanços na implantação do acolhimento e humanização dos serviços; e também aqueles relacionados à atenção integral e resolutiva e à atuação da equipe multiprofissional. Além do respeito às diretrizes constitucionais para o SUS, a coerência com as definições do controle social incorpora na política a perspectiva de um conjunto de atores que não está diretamente envolvido com a gestão, e, nesse sentido, amplia os olhares e vozes que organizam a mesma.

Assim, se, em uma perspectiva mais ampla, o PMAQ-AB busca gerar movimento, é através da valoração dos padrões que tenta conduzir a direção desse movimento, em cada contexto local, ao indicar diretrizes de ação e resultados esperados em cada problema abordado. Se as fases sinalizam uma dinâmica e um sentido geral, são os padrões que ofertam os significados e conteúdos específicos. Padrões enunciados e auferidos diretamente na realidade local, como prática avaliativa que

pode desenvolver também a inteligência local para a gestão das ações e do processo de mudança (FERLA; CECCIM; DAL'ALBA, 2012).

Podemos, ainda, relacionar esses padrões com objetivos e ações de diversas políticas e programas estratégicos do MS, tais como os programas telessaúde e saúde na escola; as políticas de saúde bucal, alimentação e nutrição, de promoção da saúde e humanização; as redes cegonha, de doenças crônicas, de urgência e atenção psicossocial; os programas de saúde da mulher e da criança; o enfrentamento da dengue, hanseníase e tuberculose; atenção a grupos vulneráveis, como populações assentadas e quilombolas, entre outros (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E). A integração de políticas e de dispositivos fortalece a gestão local pela articulação de ações e iniciativas a serem executadas no âmbito local.

Em três processos constituintes do programa, observamos essa tentativa de apontar diretrizes, valores e resultados esperados como objetivo da ação dos coletivos: na autoavaliação, no monitoramento e na Avaliação Externa. Em cada um desses processos, que definem a certificação das equipes, os padrões de qualidade têm naturezas distintas: no monitoramento, são quantitativos. São indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica; na autoavaliação, são abrangentes, e comportam razoável grau de indeterminação e subjetividade, permitindo mais liberdade às EqAB na análise tanto de seu processo de trabalho quanto da situação em que ele é desenvolvido; na Avaliação Externa há maior foco e objetividade que na autoavaliação, e também uma combinação de padrões qualitativos e quantitativos, com largo predomínio dos primeiros, articulando instrumentos que asseguraram a observação direta de elementos concretos relacionados ao funcionamento da UBS, a entrevista com profissionais – associada à análise de documentos que registram as ações realizadas – e a entrevista com usuários dos serviços avaliados. (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E).

A autoavaliação, em especial, é tida pelo programa como ponto de partida, momento

de identificação de dimensões positivas e problemáticas do trabalho, produção de sentidos e significados potencialmente facilitadores e mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Aposta-se que seja um dispositivo que objetiva provocar o coletivo a interrogar o instituído e a colocar em análise seu processo, suas relações e condições de trabalho, induzindo a ampliação da capacidade de cogestão de maneira a produzir espaços de negociação e planejamento para a superação dos problemas identificados e o alcance dos objetivos desejados e pactuados (BRASIL, 2011C; 2011D; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

O MS ofertou a ferramenta 'Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ)', especificamente para a 2ª fase do PMAQ-AB. O AMAQ não existia antes dessa etapa, e todo o modo de realização e registro exigiu ações que tiveram que ocorrer durante o 1º ciclo do programa. Essas razões, somadas ao fato do programa ter criado modos de registrar e verificar sua realização – seja através do preenchimento dos resultados em sistema *on line* ou verificação *in loco* – (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E), faz da realização da autoavaliação um bom indicador de ações que as EqAB fizeram, provocadas pelo PMAQ-AB e em função dele.

Concluído o 1º Ciclo, 16.113 (92,2%) das EqAB realizaram a autoavaliação e inseriram as informações no sistema *on line* ou comprovaram a realização na avaliação *in loco*, sendo que aproximadamente 98% delas utilizaram o AMAQ. A Autoavaliação para melhoria da qualidade (AMQ), instrumento que antecedeu o AMAQ, em 6 anos, havia sido utilizada por pouco mais de 2.500 equipes (SOUZA, 2013). Ou seja, o AMAQ teve um uso 6 vezes maior, com um tempo 6 vezes menor.

Pinto, Sousa e Florêncio (2012) mostraram que tal diferença de uso não se deve à qualidade de um ou outro instrumento, mas ao “contexto e articulação do processo de autoavaliação com toda a estratégia proposta pelo PMAQ-AB”. Argumentam que, no PMAQ-AB, a autoavaliação é disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo

de mudança. Além disso, é enriquecida com as estratégias de suporte a esse coletivo com o objetivo de “dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema” e priorizado “no processo de autoavaliação”.

Temos, ainda, outros padrões de avaliação verificados na Avaliação Externa, que demonstram, também, a mobilização e a ação de transformação da realidade pelas equipes de gestão e atenção. Alguns desses serão abordados na próxima sessão.

O PMAQ-AB como avaliação de si e dos efeitos de diversas ações e programas

O PMAQ-AB é, também, um processo de avaliação do grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e por programas de tantas outras áreas que integram a Política Nacional de Saúde (PNS). Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2012), o PMAQ-AB induz, avalia e acompanha a implantação e o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de diversas outras ações que compõem a PNAB, exatamente as mais estratégicas, que, por esse motivo, foram priorizadas no programa. Isso se dá, justamente, por combinar, num desenho cíclico e continuado, ações de autoavaliação (BRASIL, 2011C; 2011D), monitoramento de indicadores (BRASIL, 2011C) e avaliação de processos implantados e resultados alcançados (BRASIL, 2011C; 2011E).

Destacaremos alguns processos que são fortemente estimulados pelo PMAQ-AB para perceber tanto como ele teve capacidade de induzir a implantação e/ou desenvolvimento desses processos nas EqAB participantes quanto como ele permite acompanhar a evolução do que ele induz e avalia. Elegemos três grupos de padrões considerados prioritários pelo programa: o planejamento pelas EqAB de suas ações de mudança; a implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade; e a

implantação pela gestão municipal de apoio institucional às equipes (BRASIL, 2011C; 2011D; 2011E). É importante lembrar que os padrões foram divulgados antes da realização da avaliação (BRASIL, 2011E), justamente para induzir o esforço das EqAB e gestões municipais de implantação dos padrões que seriam posteriormente objeto da Avaliação Externa.

O PMAQ-AB estimulou que as EqAB, após a realização da autoavaliação, recortassem de forma interessada os problemas e priorizassem, planejassem, pactuassem e acompanhassem as ações de mudança (BRASIL, 2011C; 2011D).

Na Avaliação Externa do 1º ciclo, na pergunta ‘nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?’, 86,6% das EqAB responderam que sim, sendo que 72,4% delas mostraram o documento que continha o plano formulado, e 85,6% referiram ter recebido apoio da gestão local para a atividade. Mais um exemplo de indução de esforço combinado entre EqAB e gestão.

Consideremos agora os dados relacionados à implantação do acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, ação que exige muita mobilização e esforço cotidiano das equipes de atenção e gestão por ser a introdução no cotidiano do serviço de um dispositivo permanente de organização do acesso e do processo de trabalho.

A Avaliação Externa mostrou que 80% das equipes disseram ter implantado o acolhimento, passando a fazer a escuta e a avaliação de toda a demanda, 92,2% destas mostraram reserva de vagas de consultas na agenda para garantir retaguarda aos casos agudos, mas só 47,8% demonstraram a existência de protocolos de avaliação de risco e vulnerabilidade para orientar essa avaliação.

Também no questionário eletrônico, aplicado aos gestores (PINTO, 2013), temos evidências não só de resultados dessa implantação como também do quanto as mesmas foram decorrentes do PMAQ-AB, uma vez que as perguntas pediram uma comparação entre as situações anterior e posterior ao 1º ciclo do PMAQ-AB.

Selecionamos alguns padrões que são marcadores de efeitos possíveis da implantação do acolhimento, e os resultados foram os que seguem. Perguntados se houve redução nos tempos de espera dos usuários nas UBS participantes do PMAQ-AB, 36,6% disseram que houve muita redução, outros 50,9% destacaram que ela foi moderada e apenas 11,8% apontaram que foi pequena ou não houve. Indagados se houve ampliação das pessoas atendidas pelas EqAB do PMAQ-AB, 37,3% disseram que houve muita ampliação, 50,1% afirmaram que ela foi moderada e apenas 12,1% avaliaram que foi pequena ou não houve. Por fim, inquiridos sobre melhoras no acesso e na humanização do atendimento aos usuários, 43,7% destacaram que houve muita melhora, 47,9% que ela foi moderada e apenas 8% que não houve ou foi pequena (PINTO, 2013).

Os números, na casa dos 80% de mudança ‘forte’ ou ‘moderada’, coincidem com os de EqAB que relataram implantação do acolhimento. A alta frequência desse padrão e do anterior, relacionado ao planejamento das EqAB, fala a favor de ter sido uma ação estimulada pelo PMAQ-AB. Fortalece essa hipótese a evidência de que as equipes foram estimuladas e apoiadas pela gestão local. Além disso, a pergunta aos gestores considerou o horizonte temporal de implantação do PMAQ-AB. Contudo, é importante que se diga que uma afirmação inequívoca a respeito do nível de influência do PMAQ-AB sobre tais resultados só poderia ser feita caso houvesse uma linha de base (PINTO, 2013).

Por fim, vale destacar que a gestão municipal também se movimentou para dar suporte a essa mobilização. O PMAQ-AB estimulou o apoio institucional (CAMPOS, 2003) como uma “função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer gestão em saúde” (BRASIL, 2011C). Propôs que as gestões municipais implantassem esse dispositivo de gestão pela sua forte capacidade de dar o suporte necessário ao movimento de mudança deflagrado pelos coletivos de trabalhadores

nas UBS, buscando fortalecê-los e reconhecendo e potencializando seus esforços.

Essa ação de apoio deveria aproximar o pessoal da gestão do dia a dia das EqAB, além de envolver aqueles na solução dos problemas concretos identificados por estes, quando da tentativa de dar sequência aos compromissos assumidos no PMAQ-AB. O programa estimulou estrategicamente que os apoiadores buscassem fomentar e dar suporte à construção de espaços coletivos nos quais as EqAB pudessem desenvolver ações tanto de qualificação do processo de trabalho quanto de ampliação da autonomia e de emancipação dos atores envolvidos (BRASIL, 2011C).

Segundo um documento oficial do programa (BRASIL, 2011C), o apoio seria uma ação que, necessariamente, integraria funções de gestão, tais como planejamento, avaliação e educação permanente, e exigiria da equipe de gestão o desenvolvimento de um saber-fazer integrado e matricial que dialogasse com as EqAB a partir de sua situação e demanda concreta.

Nos resultados da Avaliação Externa, identificamos que 92% das equipes referiram ter recebido apoio para a ‘organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ-AB’, sendo que 77,9% refeririam receber ‘apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde’. Das EqAB, 76% avaliaram como muito boa (27,9%) ou boa (48,1%) a ‘contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas’. Temos, ainda, evidências da participação desses apoiadores nas reuniões de organização das EqAB, na medida em que 72,2% delas avaliaram como muito boa (24,1%) ou boa (48,1%) essa participação (PINTO, 2013).

Apresentamos aqui algumas, entre tantas, evidências de que o PMAQ-AB mobilizou equipes de atenção e gestão, provocou-as a implantar processos que ele lhes oferecia como possibilidades e conseguiu avaliar e acompanhar a implantação dos mesmos. Na

próxima sessão veremos como a opinião e as prioridades dos usuários entram em lugar privilegiado desse processo.

O PMAQ-AB permeando a PNAB com a opinião dos sujeitos, em especial, dos usuários

O PMAQ-AB pode ser visto, também, em seu papel de elevar a escuta da opinião de trabalhadores, gestores e, em especial, usuários à condição de elemento legítimo na definição de que rumos dar aos serviços e práticas de saúde na AB. Com isso, pretende-se ‘calibrar’ desde o trabalho das EqAB até a política em função daquilo que os usuários esperam e demandam dos serviços. A avaliação do programa tenta manter canais de escuta tanto dos gestores quanto dos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011C).

O número de usuários entrevistados nas UBS participantes do programa foi de expressivos 65.391, que responderam a um longo questionário com questões importantes sobre diversos temas (BRASIL, 2011E).

A maioria das questões do questionário busca perceber como os usuários acessam e são cuidados nas UBS, mas também tenta colher desde a avaliação global que fazem do serviço à percepção da ambiência das UBS, num momento em que o MS faz importantes investimentos na qualificação da estrutura das UBS.

Utilizaremos como exemplo uma questão que também se relaciona ao tema do acolhimento, tratado acima. Perguntados se ‘na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?’, 66,5% afirmaram que sim. Número semelhante ao de EqAB que demonstraram haver retaguarda na agenda para acolher os casos agudos. Um bom exemplo de medida implantada com efeito percebido pelos usuários.

Quando perguntados sobre o que achavam da forma como eram acolhidos e recebidos ao procurar o serviço, 27,2% avaliavam como muito boa, 56,6% como boa, 14,5% como regular e apenas 1,5% com ruim e muito ruim.

Orientar a estrutura e o funcionamento do serviço e o processo de trabalho das EqAB em função das necessidades dos usuários é uma importante e generosa diretriz estratégica. O papel do PMAQ-AB na operacionalização dessa diretriz e no acompanhamento de sua evolução, relacionando ciclicamente ação e efeito, é certamente uma das mais importantes funções que cumpre na nova PNAB. A base de dados do PMAQ-AB, que reúne os questionários desses quase 70 mil usuários, é um dos legados mais ricos do programa, que demandarão a produção de vários estudos.

O PMAQ-AB pode ser visto como síntese e revelador da nova PNAB

Acima, vimos que o PMAQ-AB pode ser visto, ao mesmo tempo, como: (a) parte importante das mudanças qualitativa e quantitativa do financiamento da AB; (b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira, que integra várias ações, novas e antigas, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, na produção local de uma dinâmica de construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança; (c) processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados; (d) instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas tanto na PNAB quanto na PNS; além de (e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política.

Como vimos, um dos principais objetivos do PMAQ-AB era provocar mudanças nas

práticas de gestores e profissionais da AB. Com uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, do cuidado e de gestão do cuidado, o programa identificou um conjunto de elementos que deveriam ser objeto de análise e de intervenção, tanto por parte de gestores quanto de profissionais. Valendo-nos do olhar do campo de análises de políticas públicas, podemos dizer que o desenho do PMAQ-AB revela com facilidade um conjunto de elementos importantes para analisar a PNAB, tal como uma certa síntese da mesma, como dito acima. Nesse sentido, aponta quais macroproblemas essa política tomou como questão social, portanto, objeto de políticas públicas (MERHY, 1992). Permite identificar componentes de continuidade e inovação numa dada combinação de ações, antigas e novas, e nuances do processo de decisão (VIANNA, 1997) e formulação dessa política (MENICUCCI; BRASIL, 2010), além de, com suas fases encadeadas, proporcionar um olhar analítico privilegiado sobre as fases (MENICUCCI; BRASIL, 2010) ou momentos (COSTA; DAGNINO, 2008) de implementação e avaliação da mesma.

Um outro elemento importante da política pública, seu projeto, seus objetivos (MATUS, 1993), é também facilmente perceptível na medida em que o PMAQ-AB faz a clara opção de induzir a direção do movimento de mudança através de padrões de qualidade, que refletem processos implantados ou resultados alcançados, que “operam como afirmação de diretrizes e de uma caminhada para a superação dos problemas priorizados” (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Assim, além de revelar seus objetivos num quadro que permite a construção de uma certa situação desejada – com conteúdos, significados e sentido da mudança –, ainda que em movimento permanente, ele aponta também os atores ‘eleitos’ como portadores de capacidade de mudança, pois o PMAQ-AB aposta fortemente na mobilização dos sujeitos locais e no desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão que impulsiona a ação local permanentemente para a mudança, buscando induzir a atuação de um coletivo que, mobilizado pela participação no programa, tenha capacidade de gerir a mudança e de mantê-la sempre ativa e com novos desafios e tarefas (BRASIL 2011B; 2011C).

Podemos, com isso, entender que, para os propositores do programa, esses sujeitos locais seriam os atores estratégicos, que, a partir de um movimento de acumulação de poder e produção de fluxos e ações, conduziram a mudança na direção pretendida (MATUS, 1993).

Por todas essas razões, o PMAQ-AB é entendido por nós como um revelador da nova PNAB, capaz de, ao usarem-se os instrumentais analíticos do campo de análise de políticas públicas (COSTA; DAGNINO, 2008; MENICUCCI; BRASIL, 2010), expor elementos essenciais dessa política, assim como compreender a dinâmica de atores e a construção de novas agendas. A análise mais próxima de experiências e da realidade local permitirá, em estudos futuros, dimensionar o efeito concreto do que, neste artigo, foram destacadas como características de um processo de âmbito nacional. ■

Referências

- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Relatório de Inflação. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2014/03/ri201403b8p.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 7 de abril de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0439_07_04_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominando Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. (Série B. Textos básicos de saúde).
- _____. 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, DF: Ministério da Saúde, 2011e.
- _____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Manual Instrutivo: Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade*. Brasília, DF: 2011c. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 01 maio 2014.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.9, n.16, p.77-161, set. 2004/fev. 2005.
- COSTA, G.; DAGNINO, R. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.
- FERLA, A.; CECCIM, R.; DAL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/620>>. Acesso em: 11 abr. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/ipca.htm>. Acesso em 01 de maio de 2014.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993.
- MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 369-396, 2010.
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- PADILHA, A. R. S. Entrevista com Alexandre Padilha (entrevista). *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília, DF, v. 28, p. 6-10, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia28>. Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H. A. *Avaliando alguns resultados do PMAQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 50 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint

———. *Nova Política Nacional de Atenção Básica: mais acesso e qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. *Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica*. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em: 01 maio 2014.

PINTO, H. A.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; KOERNER, R. S. *A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família – 1998 a 2014*. No prelo.

SOUSA, A. N. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 35 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Recebido para publicação em fevereiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminhase o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes

dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho. Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais”. (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

Os documentos relacionados a seguir deverão ser assinados e postados nos correios ou digitalizados e anexados como arquivo:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na folha de apresentação do artigo será suficiente.

3. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instructions to authors for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

Modalities of work accepted for evaluation

1. Original paper: final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

2. Essay: critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

3. Systematized review: critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

4. Opinion piece: exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

5. Case study: description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

7. Document and testimonial: work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website www.sau-deemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval. In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform¹.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
 - They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainties that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal

PETITTI D.B. et al. *Blood pressure levels before dementia*. American Neurological Association, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents listed below must be signed and posted or digitalized and attached as a file:

1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Conflict of interests

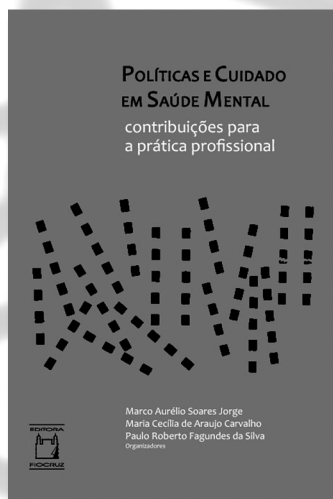
The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

3. Ethics in research

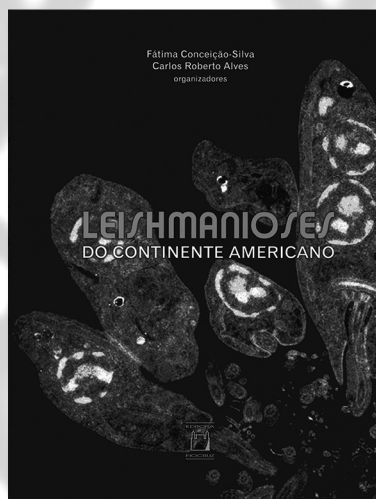
In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

Mailing address

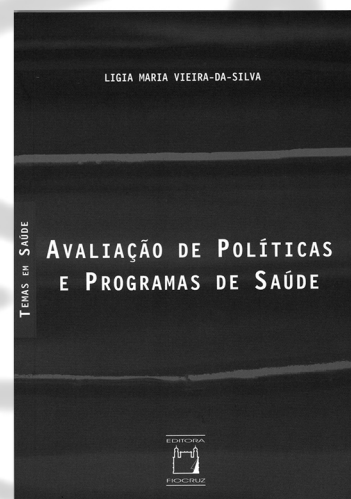
Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



POLÍTICAS E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
Marco Aurélio Soares Jorge, Maria Cecília de Araujo Carvalho e Paulo Roberto Fagundes da Silva (orgs.)
296p.
Preço: R\$42



LEISHMANIOSES DO CONTINENTE AMERICANO
Fátima Conceição-Silva e Carlos Roberto Alves (orgs.)
512p.
Preço: R\$119



AValiação de Políticas e Programas de Saúde
Ligia Maria Vieira da Silva
Coleção Temas em Saúde
110p.
Preço: R\$15



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: GESTÃO E PRÁTICA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Vera Lucia Luiza, Selma Rodrigues de Castilho, Maria Auxiliadora Oliveira e Nelly Marin Jaramillo (orgs.)
469p.
Preço: R\$85



CONHECIMENTO, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
Francisco José Aragão Pedroza Cunha, Cristiane Pinheiro Lázaro e Hernane Borges de Barros Pereira (orgs.)
Coedição: Edufba
240p.
Preço: R\$32



PLÁGIO: PALAVRAS ESCONDIDAS
Debora Diniz e Ana Terra
Coedição: LetrasLivres
196p.
Preço: R\$40

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Mariana Ochs - modesign

Capa

Cover

Mariana Ochs - www.modesign.com

Imagem de capa

Cover image

Priscila Manzini

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Agnes Sabino (português)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Frederico Azevedo (normatização)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normatização)

Paulla Pereira (normatização)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Formato 3 Gráfica & Editora

Tiragem

Number of Copies

1200 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em outubro de 2014

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 80 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in October, 2014

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 80 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2014.

v. 38. n. especial; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1



www.cebes.org.br | www.saudeemdebate.org.br