

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, SET 2018
ISSN 0103-1104

**30 anos de
APS no SUS:
estratégias para
consolidação**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo: José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreilino Ribeiro
Ana Maria Costa
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cristiane Lopes Simão Lemos
Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

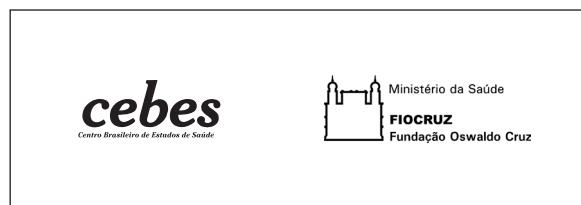
SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

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

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Márcia Cristina Rodrigues Fausto - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Helena Seidl - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Aylene Bousquat - Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil
Patty Fidelis de Almeida - Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Elaine Tomasi - Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas (RS), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad 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
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - 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 Salette Bessa - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
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 do Estado 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

Carina Munhoz de Lima
Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 1
RIO DE JANEIRO, SET 2018

EDITORIAL | EDITORIAL

6 **Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana**

Primary Health Care: from the Alma Ata Declaration to the Astana Declaration

Ligia Giovanella, Maria Lucia Frizon Rizzotto

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

12 **O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil**

The future of Primary Health Care in Brazil

Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ligia Giovanella, Helena Seidl, Aylene Bousquat, Patty Fidelis de Almeida, Elaine Tomasi

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

18 **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**

The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results

James Macinko, Claunara Schilling Mendonça

38 **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**

Changes in the National Policy of Primary Health Care: between setbacks and challenges

Eduardo Alves Melo, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Jarbas Ribeiro de Oliveira, Gabriella Carrilho Lins de Andrade

52 **Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB**

Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB

Juliana Gagno Lima, Ligia Giovanella, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Aylene Bousquat, Edcarlos Vasconcelos da Silva

67 **Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil**

Spatial analysis of the quality of Primary Health Care in Brazil

Daisy Maria Xavier de Abreu, Pedro Cisalpino Pinheiro, Bernardo Lanza Queiroz, Érica Araújo Silva Lopes, Antônio Thomaz Gonzaga Matta Machado, Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima, Alaneir de Fátima dos Santos, Hugo André da Rocha

81 **Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil**

Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil

Luiza Garnelo, Juliana Gagno Lima, Esron Soares Carvalho Rocha, Fernando José Herkrath

100 **Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

Innovation and utility: External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care

Severina Alice da Costa Uchôa, Claudia Santos Martiniano, Ana Angélica Rêgo de Queiroz, Osvaldo de Goes Bay Júnior, Wezila Gonçalves do Nascimento, Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz, Zulmira Maria de Araújo Hartz

-
- 114** **Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo**
Complexity and potentiality of the Community Health Workers' labor in contemporary Brazil
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Vanira Matos Pessoa, Maria de Fátima Antero de Sousa, Sharmenia de Araújo Soares Nuto, Roberto Wagner Junior Freire de Freitas, Kelen Gomes Ribeiro, Anya Pimental Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
- 130** **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ**
Family Health Support Center (Nasf): a national panorama based on National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) data
Deniclara Brocardo, Carla Lourenço Tavares de Andrade, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Sheyla Maria Lemos Lima
- 145** **Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB**
Oral health work process in Primary Health Care: intermunicipal inequalities highlighted by the PMAQ-AB
Márcia Helena Baldani, Ana Elisa Ribeiro, Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves, Rafael Gomes Ditterich
- 163** **Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios**
Interprofessional work in Integrative and Complementary Practices in the context of Primary Health Care: potentials and challenges
Nelson Filice de Barros, Cristiane Spadacio, Marcelo Viana da Costa
- 174** **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira**
Traditional and Complementary Medicine in Primary Health Care in Brazil
Charles Dalcanale Tesser, Islandia Maria Carvalho de Sousa, Marilene Cabral do Nascimento
- 189** **A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde**
Medical undergraduation in Brazil facing the challenges of training for Primary Health Care
Swheelen de Paula Vieira, Celia Regina Pierantoni, Carinne Magnago, Márcia Silveira Ney, Rômulo Gonçalves de Miranda
- ENSAIO | ESSAY
- 208** **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**
Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives
Luiz Augusto Facchini, Elaine Tomasi, Alitéia Santiago Dilélio

-
- 224 **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**
Primary Health Care federal funding in the Unified Health System: old and new dilemmas
Áquilas Mendes, Leonardo Carnut, Lucia Dias da Silva Guerra
- 244 **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**
Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System
Patty Fidelis de Almeida, Maria Guadalupe Medina, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Lígia Giovanella, Aylene Bousquat, Maria Helena Magalhães de Mendonça
- 261 **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**
Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges
Márcia Valéria Morosini, Angélica Ferreira Fonseca
- 275 **Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde**
Training and practice of nurses for Primary Health Care – advances, challenges, and strategies to strengthen the Unified Health System
Elaine Thumé, Amanda Cavada Fehn, Sonia Acioli, Maria Elizabeth Gastal Fassa
- 289 **Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação**
Monitoring and evaluation in primary care in Brazil: recent experience and challenges for its consolidation
Allan Nuno Sousa
- 302 **Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?**
How to ensure the right to health for 'rural, forest and water' populations in Brazil?
Vanira Matos Pessoa, Magda Moura Almeida, Fernando Ferreira Carneiro
- 315 **La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora**
Primary care at the crossroads: deploy its transforming potential or be instrumented in a new privatization offensive
Mario Rovere
- ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE
- 328 **Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios**
Ten years of Family Health Support Teams (Nasf): problematizing some challenges
Eduardo Alves Melo, Lílian Miranda, Atila Mendes da Silva, Rosana Mira Nunes Limeira

-
- 341** **Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?**
National Primary Care Policy: consolidation of the care model or conciliation with the health market?
 Stephan Sperling
- REVISÃO | REVIEW**
- 346** **Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil**
More Doctors Program: mapping and analysis of academic production in the period 2013-2016 in Brazil
 Maria Guadalupe Medina, Patty Fidelis de Almeida, Juliana Gagno Lima, Débora Moura, Ligia Giovanella
- 361** **Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação**
Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies
 Charles Dalcanale Tesser, Armando Henrique Norman, Tiago Barra Vidal
- 379** **Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais**
Health promotion in Primary Health Care: systematization of challenges and intersectoral strategies
 Nilia Maria de Brito Lima Prado, Adriano Maia dos Santos
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 396** **A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco**
The trajectory of the Research Network on Primary Health Care of Abrasco
 Henrique Sater de Andrade, Inaiara Bragante
- DOCUMENTO | DOCUMENT**
- 406** **Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS**
Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco
- 431** **Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC)**
Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames)
- 434** **Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental**
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- RESENHA | CRITICAL REVIEW**
- 452** **Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa**
 Carlos dos Santos Silva

Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana

DOI: 10.1590/0103-11042018S100

NESTE MÊS, EM QUE COMEMORAMOS 30 ANOS da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Cidadã de 1988 e 40 anos de Alma Ata, o convite ao debate sobre os rumos e desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS proporcionado por este número da revista Saúde em Debate é muito bem-vindo e oportuno.

Nestes tempos sombrios, em que as ameaças ao direito universal à saúde e ao acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade se intensificam, é necessário refletir sobre os desafios dos sistemas de saúde e sobre o papel da APS na composição desses sistemas. Nesses 30 anos de SUS, deve-se reconhecer a importância da APS na ampliação do acesso, na melhoria dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades socio-regionais. Tais avanços resultam de políticas de governo como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos (PMM), o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em suas primeiras versões¹.

No plano nacional, vivemos um momento político conturbado com ameaças à democracia e um governo ilegítimo que promove um ajuste fiscal draconiano com congelamento dos investimentos em saúde e educação por 20 anos, cuja repercussões negativas já se fazem sentir na piora de indicadores de mortalidade infantil e materna e retorno de epidemias de enfermidades transmissíveis anteriormente controladas. A agenda política estratégica para a APS no SUS², aqui publicada, sintetiza essas ameaças para a APS e para o próprio SUS e convida para a ação em defesa da continuidade do SUS como sistema público universal.

Comemorando 40 anos de Alma Ata, no plano internacional, realiza-se, neste mês de outubro, a Conferência Global de APS em Astana, Cazaquistão, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e United Nations Children's Fund (Unicef). As versões da Declaração de Astana³, em preparação, colocadas em consulta pública, despertam profunda preocupação, pois promovem retrocessos na defesa da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos quais o acesso aos serviços de saúde é direito de cidadania. A Conferência conclama para a 'Cobertura Universal da Saúde' (Universal Health Coverage – UHC) e subsume a APS à cobertura universal em saúde. O significado de cobertura da UHC, como proposto pela OMS e pelo Banco Mundial, prioriza a cobertura financeira, o que não garante o direito universal à saúde e o acesso equitativo a serviços de saúde conforme necessidades. Na concepção de UHC, o direito à saúde restringe-se ao asseguramento de uma cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos. A cobertura universal expressa, no setor saúde, as políticas neoliberais de austeridade e ajuste fiscal que reduzem o papel do Estado na garantia de direitos a um mínimo.

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), em posicionamento publicado nesta revista⁴, alerta para os importantes retrocessos que a Declaração de Astana pode representar. Alerta que a proposta da cobertura universal, além de não garantir acesso, é mecanismo facilitador da expansão do setor privado com suas inerentes iniquidades, ressalta o destaque conferido na proposta da Carta de Astana à participação do setor privado com desresponsabilização dos governos no desenho dos sistemas e provisão de serviços de saúde; denuncia os enormes interesses econômicos do complexo médico industrial (seguradoras, farmacêuticas, indústria de equipamentos) na expansão do mercado privado e seus monopólios que obstaculizam o acesso a serviços ao impor preços abusivos e produção distanciada das necessidades de saúde.

A Alames chama atenção para o ufanismo da declaração de Astana que afirma maiores possibilidades de sucesso no momento atual sem mencionar a enorme e crescente concentração de riquezas, as ameaças à democracia com governos de direita nacionalista nos Estados Unidos da América e Europa e as políticas de ajuste neoliberal que negam os direitos humanos. Clama para que os governos latino-americanos defendam o direito universal à saúde e a saúde universal (cobertura mais garantia de acesso), consigna que a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) teve que assumir por pressão dos governos democráticos sul-americanos em anos recentes.

É necessário pressionar para que a declaração de Astana mantenha o espírito de Alma Ata de justiça social e direito universal à saúde, do reconhecimento da determinação social dos processos saúde-enfermidade, da indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico e social sustentável e da necessidade de promover participação social efetiva para construção de sistemas de saúde e sociedades democráticas. Tenha como prioridade mobilizar governos e sociedades para a construção de sistemas universais de saúde públicos e gratuitos, desenhados com base em modelos de APS que contribuam para a redução das desigualdades sociais e promoção da saúde.

Ligia Giovanella

Editora científica da 'Saúde em Debate' especial '30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação'

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Editora-chefe da 'Saúde em Debate'

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Contribuição da Rede de Pesquisa em APS/Abrasco para a formulação de uma agenda política estratégica para APS no SUS. In: XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: http://rededepesqui-saaps.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Abrasco_Final_06.07.pdf.
3. World Health Organization. Borrador de Declaración. In: II Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible; 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/06/borrador-de-declaracion81n-ii-conf-aps-2018.pdf>.
4. Associação Latinoamericana de Medicina Social. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). Altana: Alames; 2018 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <http://alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/137-declaracion-de-alames-frente-al-intento-de-subsumir-la-aps-en-la-cus/file>.

Primary Health Care: from the Alma Ata Declaration to the Astana Declaration

DOI: 10.1590/0103-110420185100

THIS MONTH, IN WHICH WE CELEBRATE THE 30TH ANNIVERSARY of the creation of the Unified Health System (SUS) by the 1988 Citizen Constitution and 40 years of Alma Ata, the invitation to the debate on the directions and challenges of Primary Health Care (PHC) provided by this issue of 'Saúde em Debate' is very welcome and timely.

In these dark times, in which threats to the universal right to health and equitable access to quality health services are intensified, it is necessary to reflect on the challenges of health systems and the role of PHC in the composition of those systems. In these 30 years of SUS, it is important to recognize the significance of PHC in broadening access, improving health indicators and reducing social and regional inequalities. Such advances are the result of government policies such as the Family Health Strategy, the More Doctors Program, the Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care and the National Primary Health Care Policy in its first versions¹.

At the national level, we are experiencing a political moment that is disturbed by threats to democracy and by an illegitimate government that promotes a draconian fiscal adjustment with freezing of the investments in health and education for 20 years, whose negative repercussions are already felt in the worsening of infant and maternal mortality indicators and return of epidemics of previously controlled transmissible diseases. The strategic political agenda for PHC in the SUS², published here, summarizes those threats to PHC and to the SUS itself, and invites to action in defense of the continuity of the SUS as a universal public system.

The PHC Global Conference in Astana, Kazakhstan, organized by the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (Unicef), will be celebrating the 40th anniversary of Alma Ata. The versions of the Astana Declaration³, in preparation, put to public consultation, raise deep concern, as they promote setbacks in the defense of comprehensive PHC in universal public health systems in which access to health services is a right of citizenship. The Conference calls for the Universal Health Coverage (UHC) and subsumes PHC to universal health coverage. The significance of UHC coverage, as proposed by the WHO and the World Bank, prioritizes financial coverage, which does not guarantee the universal right to health and equitable access to health services as needed. In UHC's conception, the right to health is restricted to securing a limited basket of services, differentiated according to income groups, in a new approach to selective PHC that combines private insurance and minimum packages. Universal coverage expresses, in the health sector, neoliberal policies of fiscal austerity and adjustment that reduce the role of the State in guaranteeing rights to a minimum.



This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

The Latin American Association of Social Medicine (Alames), in a position published in this journal⁴, warns us to the important setbacks that the Astana Declaration may represent. It warns that the UHC, in addition to not guaranteeing access, is a mechanism that facilitates the expansion of the private sector with its inherent iniquities; emphasizes the stress given in the proposal of the new Declaration to the participation of the private sector with the lack of responsibility of the governments in the design of the systems and provision of services of health; it denounces the enormous economic interests of the industrial medical complex (insurers, pharmaceuticals, equipment industry) in the expansion of the private market and its monopolies that hinder access to services by imposing abusive prices and distanced production of health needs.

The Alames calls attention to the exacerbated patriotism of the Astana declaration that affirms greater possibilities of success in the present moment without mentioning the enormous and growing concentration of wealth, the threats to the democracy with nationalist right wing governments in the United States of America and Europe, and the neoliberal adjustment policies that deny human rights. It calls for Latin American governments to defend the universal right to health and universal health (coverage plus guarantees of access), a con- signment that the Pan American Health Organization had to assume under pressure from democratic South American governments in recent years.

It is necessary to make pressure so that the Astana Declaration keeps the Alma Ata spirit of social justice and universal health, of recognition of the social determination of health-disease processes, of the inseparability between health and economic and social sustainable development, and of the ability to promote social participation for the construction of health systems and democratic societies. It must be a priority to mobilize governments and societies towards the construction of free and public universal health systems, drawn up on the basis of PHC models that contribute to the reduction of social inequalities and health promotion.

Ligia Giovanella

Scientific editor of 'Saúde em Debate' special '30 years of PHC in SUS: strategies for consolidation'

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Center for Strategic Studies (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Editor-in-chief of 'Saúde em Debate'

Western Paraná State University (Unioeste) – Cascavel (PR), Brazil.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Contribuição da Rede de Pesquisa em APS/Abrasco para a formulação de uma agenda política estratégica para APS no SUS. In: XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Abrasco_Final_06.07.pdf.
3. World Health Organization. Borrador de Declaración. In: II Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible; 2018 out 25-26. Astaná: WHO; 2018 [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2018/06/borrador-de-declaracionc81n-ii-conf-aps-2018.pdf>.
4. Associação Latinoamericana de Medicina Social. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). Altana: Alames; 2018 [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <http://alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/137-declaracion-de-alames-frente-al-intento-de-subsumir-la-aps-en-la-cus/file>.

O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil

DOI: 10.1590/0103-11042018S101

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) com ampliação da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro tem sido crescente nas últimas três décadas; reflexo dos investimentos públicos realizados para o fortalecimento da APS como porta de entrada e organizadora da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Os investimentos realizados na APS no período pós-reforma sanitária têm resultado em avanços incontestáveis. São mais de 40 mil equipes de saúde da família atuando em todo o País.

Diversos estudos têm apontado desafios históricos a serem enfrentados na APS: condição inadequada da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados. Entretanto, os estudos também ponderam ter havido, por parte dos governos, principalmente federal e municipal, ações importantes direcionadas para ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de APS, entre as quais podemos citar: Programa mais Médicos, Requalifica UBS; Sistema de Informação (E-SUS AB); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os avanços alcançados em ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica ainda estão longe do que se poderia almejar para esse nível de atenção em um sistema de saúde universal. Contudo, a reforma introduzida na atenção básica, desde final dos anos 1990, incontestavelmente, caminhou na direção da inclusão de milhares de brasileiros no SUS¹.

A concepção de APS expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988, norteador da criação do SUS. Prevê a oferta e a organização de ações e serviços na perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com papel privilegiado na organização de práticas com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal dispositivo de reorganização da atenção básica no Brasil, embora possa coexistir com outras formas de organização do cuidado nas UBS.

No entanto, a PNAB instituída em 2017 introduziu a revisão de diretrizes fundantes que ameaçam a organização de uma APS, inclusiva e equânime, entre as quais se destacam aqui a autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados nas UBS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na atenção básica. Ainda não se sabe com clareza quais serão as repercussões dessas medidas. Todavia, é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral; consequentemente, riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS.

O contexto de crise econômica e política, os iminentes retrocessos no que tange à garantia

de direitos sociais, tem colocado em risco os ganhos já obtidos nas políticas públicas do nosso país. Na política de saúde, as práticas orientadas para o desmonte são visíveis, e a atenção básica faz parte desse projeto. Imersos neste cenário sombrio, muitos de nós, professores, pesquisadores, alunos, profissionais de saúde e militantes da saúde pública, em nossos espaços de atuação, estamos no exercício político permanente em defesa da consolidação da APS integral e de qualidade. A organização desta publicação é parte desse movimento e tem como objetivo ampliar a discussão sobre ‘avanços, desafios e estratégias para enfrentamento e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS’.

A proposta de organizar um número temático sobre APS no Brasil somou-se a outras iniciativas que engrossam os movimentos em defesa da garantia dos direitos sociais e do papel que o Estado tem na construção de sociedades mais justas e igualitárias. Esse projeto voltado para a defesa da APS forte e conciliada com os princípios constitucionais brasileiros alinhou-se com iniciativas de comemoração dos 30 anos de história da reforma sanitária brasileira, seus princípios e diretrizes, desafios de sua implementação e as ameaças, diante de um cenário de riscos de retrocessos colocados para a atual política da saúde. Também se alinhou com iniciativas de comemoração dos 40 anos da carta de Alma Ata sobre os cuidados primários em saúde. Precisamos olhar para o passado para pensar o futuro. Reconhecer o que se produziu e enfrentar os desafios atuais para colocar em prática os pressupostos que balizam a APS em sistemas universais de saúde.

A parceria estabelecida com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), instituição com protagonismo na difusão de conhecimento crítico no campo da saúde coletiva, tornou possível disseminar estudos recentes sobre a APS, compartilhar ideias, críticas e proposições para enfrentamento dos desafios que estão postos para o fortalecimento da APS no Brasil.

Este número especial da revista ‘Saúde em Debate’ apresenta uma coletânea de artigos produzidos por grupos de pesquisa de instituições de ensino superior participantes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS), assim como de instituições de ensino superior envolvidas com a coleta de dados para avaliação externa das equipes de atenção básica no âmbito do PMAQ- AB.

Parte dos artigos aqui publicados foi produzida a partir de documentos-base formulados para o debate sobre avanços e desafios da APS realizado pela Rede APS durante o seminário preparatório do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrascão 2018.

Em um contexto de ameaças aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF, o coletivo de pesquisadores da Rede APS da Abrasco realizou análise crítica dos avanços, desafios e ameaças e formulou uma Agenda Política Estratégica para a APS no SUS. Esta Agenda aqui publicada destaca um conjunto de proposições direcionadas: à universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade; ao financiamento suficiente e equitativo; a uma gestão pública democrática, participativa e transparente; à formação de profissionais de saúde para a APS integral; à mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades sociais.

O conjunto de artigos desse número temático traça um panorama sobre a atenção básica no Brasil, com destaque para os avanços ocorridos na ESF desde a década de 1990. Os autores instigam-nos a fazer reflexões sobre os desafios e sobre as possíveis estratégias para o fortalecimento da APS no SUS. Acrescentam-se a este debate os temas do financiamento e da avaliação da qualidade, em relação ao modo de organização e à capacidade resolutiva das ações ofertadas nas UBS. Os temas da organização e do acesso são discutidos considerando o modelo organizativo proposto para o SUS, desde a atuação das equipes de saúde da família, do trabalho das equipes matriciadoras dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, das equipes de

saúde bucal e dos Agentes Comunitários de Saúde. O movimento pela reedição dos princípios da APS formulados em Alma Ata torna-se um pano de fundo para ponderarmos sobre os possíveis rumos da APS, diante do cenário político e econômico que se anuncia com o processo eleitoral em curso no nosso país.

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Maria Lucia Frizon Rizzoto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

Ligia Giovanella

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Helena Seidl

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Aylene Bousquat

Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.

Patty Fidelis de Almeida

Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Elaine Tomasi

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social – Pelotas (RS), Brasil.

Referência

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

The future of Primary Health Care in Brazil

DOI: 10.1590/0103-110420185101

THE ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE (PHC) services increased over the last three decades throughout the entire Brazilian territory, parallel to the expansion of Family Health Teams, reflecting the public investments carried out to strengthen PHC as a gateway and organizer of care in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). The investments made in PHC in the past decades have resulted in undeniable advances, as there are more than 40 thousand family health teams all over the country.

Several studies have pointed out historical challenges to be faced in PHC: inadequate installation of Primary Health Services (PHS); insufficient funding; difficulties of integrating PHC with specialized care, insufficient incorporation of qualified human resources. However, the studies also consider that there have been important governmental actions aimed at increasing the capacity for resolution of PHC, among which we can mention: More Doctors Program, Requalifica UBS; Information System (E-SUS AB); National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB). The advances accomplished in expanding access to and improving quality in primary health care are still far from what could be sought for this level of care in a universal health system. However, the reform introduced in PHC since the end of the 1990s has undoubtedly moved towards the inclusion of thousands of Brazilians in the SUS¹.

The concept of PHC expressed in the National Primary Health Care Policy (PNAB) of 2006 is consistent with the expanded concept of health present in the 1988 constitutional text, that guided the creation of the SUS. It observes the provision and organization of actions and services in the perspective of access to comprehensive health care, with a privileged role in the organization of practices with potential to impact on the social determinants of health. The Family Health Strategy (ESF) is the main mechanism for the reorganization of primary care in Brazil, although it can coexist with other forms of organization of care in PHS.

However, the PNAB instituted in 2017 introduced the revision of founding guidelines that threaten the organization of an inclusive and equitable PHC, among which the autonomy granted to the municipal manager to define the scope of services (essential or expanded) offered in PHS and the specific geographical areas assigned to the family health teams or other types of organizational arrangements in primary care. The impact of those measures is still unclear. Nevertheless, it is possible to identify threats to the accomplishment of a universal, comprehensive and integral PHC; consequently, risks towards the deepening of inequalities of access in PHC and in the SUS.

The context of economic and political crisis, the impending setbacks with regard to



This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

the guarantee of social rights, has put at risk the gains already obtained through Brazilian public policies. In health policy, practices aimed at dismantling the Brazilian universal health system are visible, and changing primary care is part of that project. Immersed in this dismal scenario, many of us, professors, researchers, students, health professionals and public health activists are, within our spaces of action, in the permanent political exercise in defense of the comprehensive and quality consolidation PHC. The organization of this publication is part of that movement and aims to broaden the discussion on 'advances, challenges and strategies for facing and strengthening Primary Health Care in the SUS'.

The proposal to organize a thematic issue on PHC in Brazil aims to increase the movements in defense of social rights and the role that the State has in building more just and egalitarian societies. This project, focused on the defense of a strong PHC that is reconciled with Brazilian constitutional principles, was aligned with initiatives commemorating the 30 years of history of the Brazilian health reform, its principles and guidelines, challenges and threats to its implementation, before a scenario of risks of retrocession placed on current health policy. It also aligned itself with initiatives commemorating the 40th anniversary of Alma Ata's letter on primary health care. We need to look into the past in order to think about the future. To recognize what has been produced and address current challenges to put into practice the assumptions underlying PHC in universal health systems.

The partnership established with the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), an institution with a leading role in disseminating critical knowledge in the field of public health, has made it possible to disseminate recent studies on PHC, share ideas, critiques and propositions to face the challenges that lie ahead for the strengthening of PHC in Brazil.

This special issue of 'Saúde em Debate' presents a collection of articles produced by research groups from the Research Network on Primary Health Care (Rede APS), as well as from other researchers involved in the evaluation of the Brazilian primary care teams (PMAQ-AB).

Some of the articles published here are produced from basis-documents formulated for the debate on the advances and challenges of PHC carried out by the Research Network on Primary Health Care during a preparatory seminar of the Brazilian Congress of Collective Health – (Abrascão) in 2018.

In a context of threats to the principles and guidelines of the SUS and PHC, the Research Network on Primary Health Care researchers conducted a critical analysis of advances, challenges and threats, and formulated a Strategic Policy Agenda for PHC in the SUS. This Agenda published here highlights a set of proposals aimed at: the universalization of access to quality and resolute PHC; sufficient and equitable funding; democratic, participatory and transparent public management; the training of health professionals for comprehensive PHC; the mediation of intersectoral actions to focus on social determination, promote health and reduce social inequalities.

The set of articles in this thematic issue draws a panorama on primary health care in Brazil, highlighting the advances made in the Family Health Strategy since the 1990s. The authors encourage us to reflect on the challenges and possible strategies for the strengthening of PHC in the SUS. In addition to that debate, the themes of financing and quality evaluation are discussed in relation to the organization and resolving capacity of the actions offered in the PHS. The subjects of organization and access are discussed considering the proposed organizational model for the SUS, from the activities of the family health teams, the work of the Family Health Support Groups, the Oral Health Teams, and the Community Health Workers. The movement for the reissue of the principles of PHC

formulated in Alma Ata becomes a background to consider the possible course of PHC, given the political and economic scenario that is announced with the electoral process under way in our country.

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Maria Lucia Frizon Rizzoto

Western Paraná State University (Unioeste) – Cascavel (PR), Brazil.

Ligia Giovanella

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Center for Strategic Studies (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Helena Seidl

Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Aylene Bousquat

University of São Paulo (USP), School of Public Health (FSP) – São Paulo (SP), Brazil.

Patty Fidelis de Almeida

Fluminense Federal University (UFF), Institute of Public Health (ISC) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Elaine Tomasi

Federal University of Pelotas (UFPEL), Medical School, Department of Social Medicine – Pelotas (RS), Brazil.

Reference

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al, organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados

The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results

James Macinko¹, Claunara Schilling Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-11042018S102

RESUMO Este artigo revisa e sintetiza evidências sobre o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir do marco conceitual de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde, o qual agrega os conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade. Os resultados sugerem que a ESF contribuiu para a melhoria em todos esses indicadores, com alguns efeitos no acesso e equidade com resultados quase chegando aos níveis observados nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Embora ainda haja bastante espaço para melhorias, a evidência é clara de que a ESF é uma abordagem poderosa e eficaz para a organização da atenção primária à saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This article uses the health systems framework of the World Health Organization to review and synthesize evidence on the impact of the Family Health Strategy (FHS) within the concepts of access, financial protection, quality of services, system efficiency, health impact, and equity. The results suggest that the FHS contributed to the improvement in all those indicators, with effects on access and equity nearly at the level observed in the countries of the Organization for Economic Cooperation and Development. Although there is still great room for improvement, the evidence is clear that the FHS is a powerful and effective approach to the organization of primary health care in Brazil.*

KEYWORDS *Unified Health System. Family Health Strategy. Primary Health Care.*

¹Universidade da Califórnia - Los Angeles (LA), EUA.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8055-5441>
jmacinko@ucla.edu

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6264-5769>
claunara@ghc.com.br



Introdução

O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), com maior orientação para atenção primária e capaz de responder às necessidades da população, depende de políticas que atuem sobre todos os níveis de determinação da saúde. Entre elas, a forma como os serviços de saúde estão organizados também atua como um determinante social da saúde e pode contribuir para a melhoria da saúde da população e para a redução de iniquidades, particularmente quando os serviços de atenção primária são explicitamente considerados^{1,2}. Melhorias nos indicadores de saúde são fundamentais por vários motivos: elas representam um bem em si mesmo, pois pessoas no mundo inteiro valorizam a sua saúde e a saúde dos familiares³; a saúde é fundamental para o desenvolvimento individual, pois melhores condições de saúde estão associadas à realização de atividades básicas, como produtividade no trabalho e desempenho acadêmico, entre outros^{4,5}. Em nível macro, a ausência de saúde na população (frequentemente medida pela carga de doença) está associada a maiores despesas em saúde e pior desempenho macroeconômico^{6,7}. Por esses motivos, os sistemas e serviços de saúde representam um investimento no bem-estar da população, mas o retorno nesse investimento é diferente entre países, que precisam balancear gastos, cobertura, qualidade e equidade, entre outros fatores.

Estudos realizados em países industrializados que avaliam a provisão de serviços de saúde têm demonstrado vantagens quando os sistemas nacionais de saúde são orientados a partir de serviços de atenção primária^{1,8}. Um estudo de 31 países (principalmente europeus) evidenciou a complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e a necessidade de considerar aspectos multidimensionais para avaliar seu impacto⁹. Estudos posteriores nos mesmos 31 países encontraram associação entre a APS forte e melhores indicadores de saúde na população, menores taxas de

hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde¹⁰, e esse impacto foi ainda maior para pessoas portadoras de doenças crônicas¹¹. Estudos realizados em países de médio e baixo ingresso mostraram resultados semelhantes, reforçando a importância de investimento adequado na atenção primária¹².

O Brasil tem um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, denominado SUS, resultado da luta pela redemocratização do País, que traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos socioambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado¹³.

Em 2006, foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, atenção básica é definida como 'um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde'. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Fortalecem os princípios da APS em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social^{14,15}. Em 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada do SUS¹⁶.

Nesse processo histórico, a SF desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da APS no Brasil. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso¹⁴.

Assim, este artigo pretende apresentar

uma síntese de alguns dos resultados da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação a vários indicadores de desempenho, derivados dos atributos essenciais da atenção primária (acesso/utilização, cuidados longitudinais, atenção integral) de Starfield⁸ e do modelo conceitual para avaliação de sistemas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) que agrega os conceitos de proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade¹⁵.

Métodos

Este artigo é resultado de uma revisão e síntese da literatura brasileira e internacional sobre os efeitos da ESF no Brasil. Os artigos foram selecionados segundo os seguintes critérios: apresentam os resultados a partir do marco da OMS; medem resultados ou impactos atribuíveis às ações da ESF; os métodos analíticos foram considerados adequados para medir mudanças temporais, controlados os fatores de confusão. A revisão não foi sistemática, porém a apresentação dos resultados favorece artigos considerados metodologicamente rigorosos e relevantes ao marco conceitual da OMS.

Para suplementar a literatura, alguns indicadores foram construídos pelos autores a partir de bancos de dados oficiais de abrangência nacional, incluindo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003 e 2008), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013) e o Inquérito Mundial de Saúde (2003). Essas análises são descritivas e, quando necessário, controladas por fatores

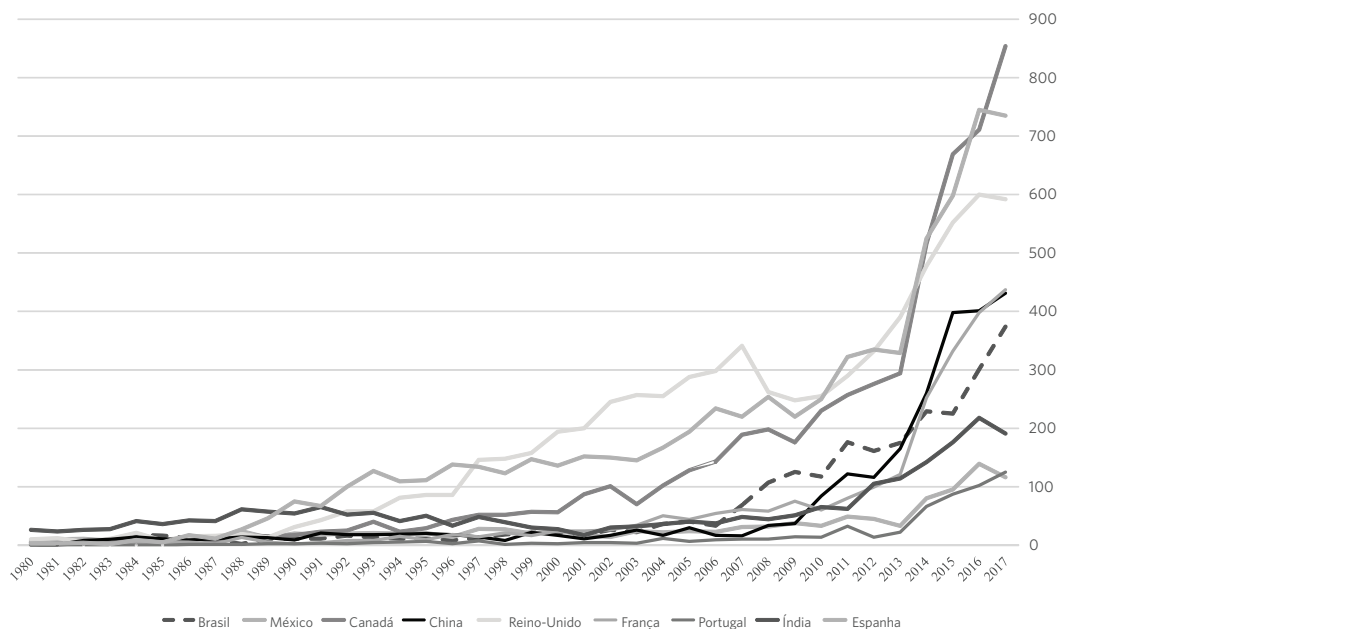
que poderiam influenciar a interpretação de dados entre populações distintas e entre anos diferentes que incluem idade, sexo, renda familiar, plano de saúde privado e região do País. Todas as análises levam em consideração o delineamento da amostra complexa e incluem pesos analíticos apropriados.

Finalmente, a fim de considerar os desfechos em um contexto global, comparamos alguns dos resultados da ESF com informações de publicações e dados oficiais dos países desenvolvidos pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) segundo o banco de dados oficial da organização <<https://stats.oecd.org/>>.

Resultados

Os efeitos da expansão da ESF têm sido avaliados por um número crescente de estudos divulgados em periódicos nacionais e internacionais, em congressos e outros eventos no Brasil e no exterior. As publicações científicas sobre APS no Brasil nos anos 1990 eram de apenas 1,7 para cada milhão de habitantes, enquanto no Reino Unido era de 51,3¹⁷. Esse cenário, porém, sofreu uma mudança significativa com o crescimento da ESF, tendo as publicações indexadas com os termos APS/atenção básica no Brasil crescido a partir da implantação da PNAB, em 2006, como pode ser visto no *gráfico 1*. Em 2017, o número acumulado de publicações sobre o termo no Brasil alcançou um nível intermediário de publicações (2.475), quando comparado aos outros países listados no gráfico (média = 3.329).

Gráfico 1. Artigos publicados com os termos 'atenção primária' ou 'atenção básica' no título, por países selecionados, 1980-2017



Acesso, utilização e cuidados longitudinais

Acessibilidade e utilização (acesso realizado) são atributos essenciais da atenção primária porque se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção⁸. Além disso, a atenção primária é mais eficaz quando se concentra na pessoa (e não em uma doença ou órgão, como é o caso das especialidades médicas focais) e cria um vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde durante o curso da vida. Por meio desse relacionamento, e do desenvolvimento de registros e outras informações mais qualitativas, os profissionais de APS ganham conhecimento profundo sobre o indivíduo, sua família e a comunidade em que vivem. Os benefícios da longitudinalidade incluem melhor reconhecimento de problemas e necessidades, diagnóstico mais preciso, melhor concordância com os

conselhos de tratamento, menos hospitalizações, custos gerais mais baixos, melhor prevenção de alguns tipos de doenças e aumento da satisfação do usuário^{8,16}.

A realização de consulta médica nos últimos 12 meses é um indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, frequentemente utilizado em comparações internacionais entre sistemas de saúde. Utilizaram-se os dados das PNAD de 1998, 2003 e 2008 e da PNS de 2013 em relação a esse indicador, com análises que controlam para a idade, escolaridade, sexo, renda, doenças crônicas, plano privado e região do País. O acesso à consulta médica da população brasileira aumentou gradualmente; e, em 2013, foi de 74,2%, 65,5% em homens e 82% em mulheres (tabela 1). Essa proporção de pessoas que realizaram consulta nos últimos 12 meses foi significativamente maior ($p < 0,001$) por faixa etária mais elevada (84% para aqueles com 60 anos ou mais) e por doença crônica (94% para aqueles com uma ou mais doença crônica).

Tabela 1. Tendências no uso de serviços de saúde, Brasil, 1998-2013

Acesso à consulta médica	Anos				Teste-F ¹
	1998	2003	2008	2013	
Consulta médica (<12 meses)	54,69	62,82	67,68	74,20	***
Entre homens	46,74	54,04	58,83	65,49	***
Entre mulheres	62,33	71,18	76,07	81,97	***
Entre população 60 anos ou mais	72,18	78,00	81,33	84,55	***
Entre portadores de doenças crônicas ²	76,10	82,48	85,70	88,14	***
Fonte regular de serviços	71,22	79,27	73,64	77,07	**
Entre população 60 anos a mais	73,79	80,35	76,62	79,48	***
Entre portadores de doenças crônicas ²	75,69	82,95	78,85	80,96	***
Fonte regular = Posto/centro de saúde	41,93	52,7	57,01	47,87	**
Fonte regular = hospital	34,58	27,07	21,47	21,03	***
Fonte regular = privado/outro	23,49	20,23	21,52	31,11	***
Buscou atenção (<2 semanas)	12,99	14,59	14,5	17,54	**
Não conseguiu consulta 1ª vez que buscou	3,68	3,59	3,75	4,75	*
Papanicolau (<3 anos) ³	--	74,23	79,32	79,85	**
Papanicolau, público (<3 anos) ³	--	68,46	74,71	75,76	***
Papanicolau, plano privado (<3 anos) ³	--	87,97	90,16	90,48	*
Mamografia (<2 anos) ⁴	--	48,01	60,56	59,92	**
Consulta odontológica <2 anos	51,76	57,83	64,93	63,69	**

Nota: Os resultados são proporções ponderadas de pesquisas nacionalmente representativas realizadas em 1998, 2003, 2008 e 2013.

1. Teste-F para diferença entre os anos ***= p<0,001; **=p<0,01; *=p<0,05

2. Entre aqueles previamente diagnosticados com qualquer condição crônica

3. Entre mulheres de 25 a 59 anos

4. Entre mulheres de 40 a 69 anos (as diretrizes brasileiras mudaram para 50 a 69 anos antes da pesquisa de 2013).

Em termos de barreiras no acesso ao cuidado, entre os 17% da população que procuraram o serviço de saúde nas duas últimas semanas, 95,25% receberam atendimento no momento da primeira procura (*tabela 1*). Esses números são maiores do que os relatados em pesquisas nacionais anteriores e maiores do que os observados nos países da OCDE¹⁸. Por exemplo, um estudo recente no Reino Unido mostrou que 11% dos pacientes não puderam obter uma consulta de atenção primária em sua primeira tentativa¹⁹. No Brasil, entre os 4,75% que não conseguiram uma consulta, os motivos mais comuns foram falta de médico ou outro profissional de saúde (49%), incapacidade de marcar

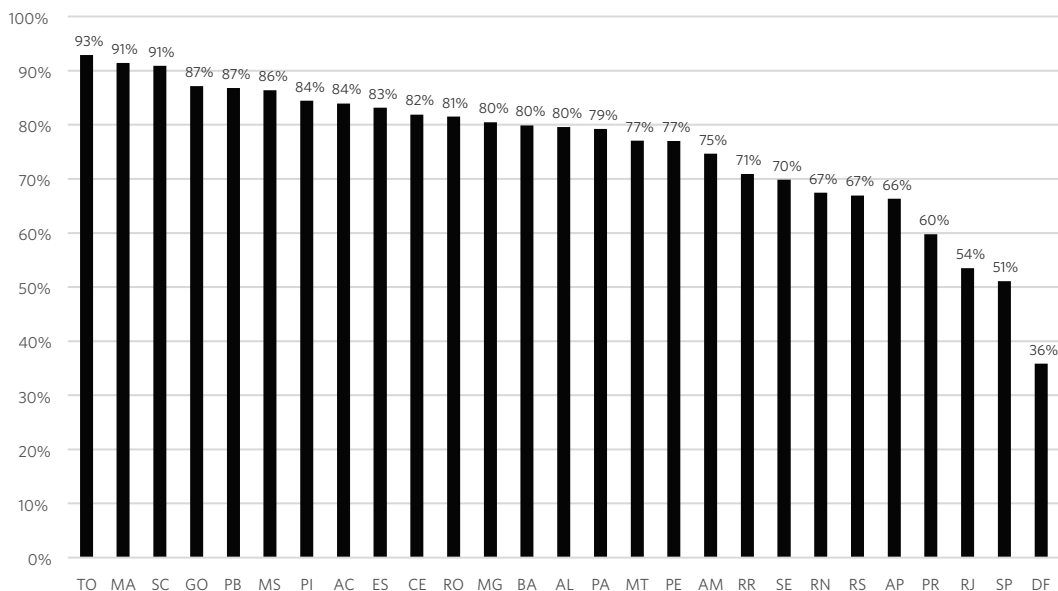
consultas ou longos períodos de espera (41%) e outros motivos, incluindo falta de dinheiro (9%)²⁰.

Embora o acesso aos cuidados pareça alto, alguns aspectos variam consideravelmente de acordo com as regiões do País. Segundo resultados da PNS 2013, entre pessoas maiores de 60 anos, cujos domicílios foram cadastrados na ESF, a cobertura estadual de visitas domiciliares regulares (pelo menos uma visita a cada 1 ou 2 meses) de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) variou 5 vezes, de 17% no Distrito Federal (DF) para 88% no estado do Tocantins (TO) (*gráfico 2*). Assim, embora o acesso à ESF seja facilitado pela localização geográfica das equipes

de saúde próximas às residências, a ampla variação geográfica da cobertura da ESF por

município (e estado) significa exposição desigual a essa forma de atenção à saúde.

Gráfico 2. Proporção de idosos (60+) que relatam receber visitas domiciliares regulares de um Agente Comunitário de Saúde, por unidade federativa brasileira, 2013



A medida da longitudinalidade costuma ser feita pelo indicador ‘fonte usual do cuidado’ que mostra se o usuário tem um médico ou serviço que geralmente procura quando precisa de atenção ou conselhos médicos. A *tabela 1* também mostra que as tendências desse indicador chegam a 77% da população em 2013. O período entre 1998 e 2013 teve a mudança mais marcante no tipo de serviço que os brasileiros contam como fonte usual de cuidado, com um declínio entre a proporção que indicou hospital ou pronto-socorro de 35% em 1998 para 21% em 2013.

Uma pesquisa analisou o papel da ESF nessa mudança. Segundo os autores, a cobertura da ESF consolidada (em comparação com lugares onde a cobertura ESF foi mais baixa) diminuiu em 37% a probabilidade de relatar o pronto-socorro ou hospital como fonte usual de cuidados. Quando a população refere uma ou mais doenças crônicas, a

referência à SF como fonte usual do cuidado tem a mesma proporção da população brasileira coberta por plano privado (80%)¹⁷.

Apesar de mostrar uma tendência de aumento, as taxas, ao referir ter uma fonte usual de cuidados no Brasil, são um pouco menores do que as observadas em países da OCDE. Por exemplo, a Pesquisa Internacional de Saúde de 2016 do Commonwealth Fund encontrou nos 11 países da OCDE 94% da população com fonte usual do cuidado, em que a menor proporção foi nos Estados Unidos (88%) e a mais alta, na Alemanha (100%)²¹.

Integralidade (*Comprehensiveness*)

O termo *comprehensiveness* (cuidados integrais e abrangentes) refere-se à disponibilidade de uma ampla gama de serviços na

atenção primária e sua provisão adequada em todo o espectro de necessidades da população, exceto para os problemas incomuns, por um provedor de atenção primária. Isso inclui serviços que promovem e preservam a saúde; previnem as doenças, lesões e disfunções; tratam doenças, incapacidades e desconfortos, desde que essas necessidades sejam prevalentes. Os profissionais da atenção primária devem manter a competência em lidar com os problemas prevalentes, que ocorrem em pelo menos dois de cada mil habitantes ao longo de um ano, que os faz buscar os serviços de saúde⁸.

Dos dados da PNS 2013, os adultos com mais de 60 anos cobertos pela ESF que

relataram receber cada um de um conjunto de serviços de saúde recomendados para diferentes populações-alvo, os exames comuns, como glicemia e pressão arterial, são realizados em mais de 90% dos casos (*tabela 2*). Medidas de colesterol e vacinação contra gripe foram realizadas em mais de 70% da população. Eletrocardiogramas foram realizados em 66% dos hipertensos. Apenas dois indicadores tiveram desempenho ruim: o exame de visão geral foi realizado em menos da metade dos usuários idosos acompanhados pela ESF e os exames dos pés entre os diabéticos eram realizados em menos de um terço dos diabéticos idosos usuários da ESF.

Tabela 2. Recebimento de exames e outros serviços, adultos com 60 anos ou mais cobertos pela ESF

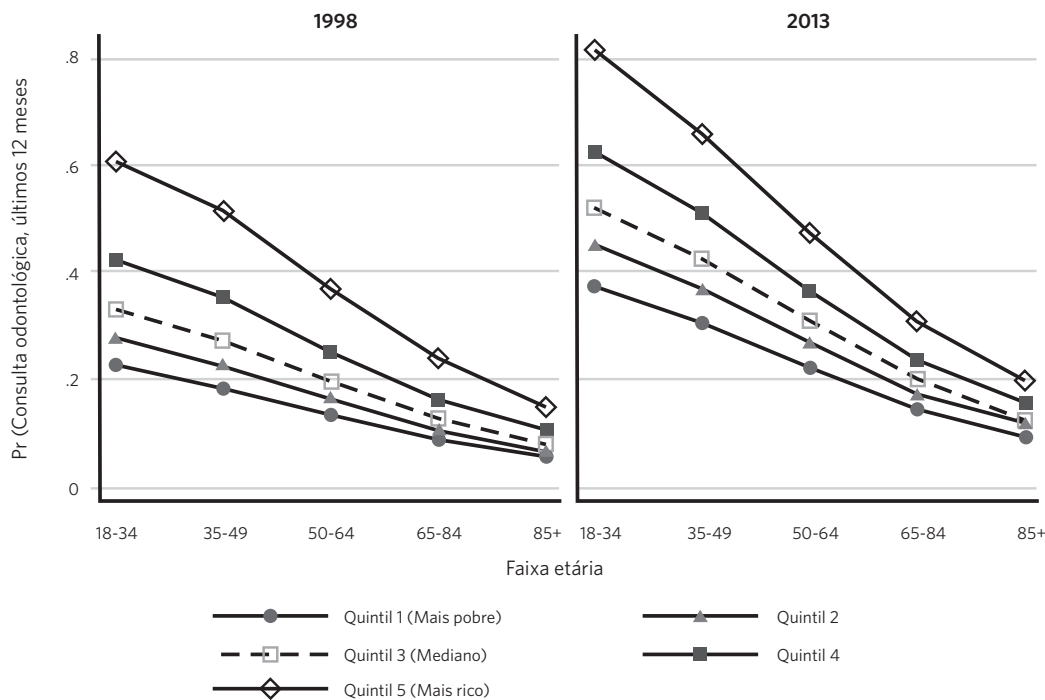
Serviço	%
Exame glicose, <2 anos	95,7
Pressão arterial, <2 anos	91,5
Aferição colesterol, <2 anos	78,6
Vacinação contra gripe, <2 anos	73,1
Eletrocardiograma (entre hipertensos)	66,1
Exame geral de visão, <2 anos	47,7
Exame de pé (entre diabéticos), <1 ano	28,7

Fonte: Proporções ponderadas da PNS 2013.

No Brasil, problemas prevalentes em saúde bucal adicionaram investimentos na expansão da saúde bucal no contexto da atenção primária²². O *gráfico 3* ilustra as taxas de atendimento odontológico nos últimos 12 meses por idade, quintil de riqueza e ano. A figura demonstra o declínio do uso com a idade e fortes disparidades

socioeconômicas. Comparando 1998 a 2013, as taxas absolutas de utilização para todas as faixas etárias aumentaram em 20%, ainda que as disparidades socioeconômicas persistam. Na faixa etária mais jovem, os que estão nos quintis de riqueza mais altos apresentam aproximadamente o dobro da taxa de utilização daqueles no quintil mais baixo.

Gráfico 3: Probabilidade de pelo menos uma consulta odontológica nos últimos 12 meses, por idade e quintil socioeconômico, Brasil, 1998-2013



Outra maneira de ampliar os tipos de serviços disponíveis na atenção primária é implantar equipes de saúde multidisciplinares. Em pesquisa sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos do trabalho desses sobre as Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a experiência brasileira de ACS alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre 8 países de 3 regiões²³. Uma revisão sistemática avaliou a efetividade dos ACS no Brasil e encontrou efetividade no cuidado materno-infantil, como tempo do aleitamento materno exclusivo e frequência da avaliação pondero-estatural em crianças; mas baixo nível de evidência para outras ações afeitas ao trabalho dos ACS, como imunização em crianças, tratamento domiciliar observado na tuberculose e o conhecimento de mulheres sobre doenças sexualmente transmissíveis²⁴.

Estudos mais recentes encontraram efetividade do trabalho do ACS no controle da dengue²⁵ e na promoção da alimentação saudável em menores de 5 anos, após capacitação para melhorar o desempenho dos ACS a fim de responder perguntas da comunidade sobre o tema e identificar erros dietéticos, com melhora do desempenho após a intervenção educativa²⁶.

Proteção financeira

Segundo a OMS, 'Cobertura Universal de Saúde (CUS)' significa que todas as pessoas e comunidades possam usar serviços de saúde (preventivo, curativo, reabilitador e paliativo) de qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo que o uso desses serviços não exponha o usuário à pobreza ou a dificuldades financeiras²⁷. Apesar das limitações desse conceito, ele

representa um dos indicadores para as metas de desenvolvimento sustentável²⁸. O SUS garante proteção financeira para todos os serviços oferecidos, mas existem outros custos associados às doenças, por exemplo, na compra de alguns medicamentos, transporte e salários perdidos. Em estudo que comparou os gastos catastróficos em saúde, que representam gastos maiores de 30% da renda mensal das famílias em países das Américas, com fontes de dados a partir de 2008, o Brasil ocupou a menor posição, com 2,2% dos domicílios referindo gastos catastróficos²⁹.

Em Inquérito do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), de 2013, que analisa a necessidade de atrasar ou não o comparecimento aos cuidados médicos no último ano por causa dos seus custos, o Brasil apresentou 15,8% de respostas positivas, estatisticamente semelhante à Nova Zelândia (16,4%), Colômbia e Holanda (12,6%), enquanto nos Estados Unidos, a resposta correspondeu a 27,7%; e no Reino Unido, a 2,1%²¹.

Rocha e Soares, em 2010, por meio de análises econométricas, demonstraram efeitos consistentes nas regiões mais pobres do País. A implementação da ESF esteve associada à redução da Mortalidade Infantil (MI), ao crescimento do emprego em adultos, à redução da fertilidade e do espaço entre os filhos e ao aumento de adolescentes na escola e consideraram a SF altamente custo-efetiva para essas regiões³⁰.

Estudo realizado em Pernambuco, em uma amostra de 785 hipertensos e 823 diabéticos de 35 municípios do estado, avaliou o acesso a medicamentos pela ESF. A oferta de anti-hipertensivos foi de 69%, de hipoglicemiantes orais de 75% e de insulina e insumos de 65,5%. Entre os hipertensos, 37% compraram medicamentos; e entre os diabéticos, 30%, com desembolso direto mensal de, em média, R\$20,00³¹.

Qualidade e eficiência

Embora o SUS tenha facilitado e ampliado o acesso aos serviços de atenção primária de forma bastante satisfatória para os brasileiros, a qualidade desse atendimento tem sido questionada por diversos estudos³²⁻³⁴. As variações de qualidade resultam de diferenças na disponibilidade de equipamentos básicos, padrões de pessoal e disponibilidade de diferentes profissionais de saúde, má coordenação e disponibilidade de atenção secundária e especializada, variações no gerenciamento e outros apoios institucionais disponíveis para equipes em diferentes municípios³³. Muitas dessas questões têm sido foco do programa de melhoria da qualidade do governo brasileiro, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)³⁵.

Em relação à qualidade e à satisfação com serviços de saúde, a *tabela 3* apresenta resultados dos inquéritos populacionais de 2003 e 2013, demonstrando um aumento importante na proporção de pessoas que avaliam como boa e muito boa, por exemplo, as explicações dadas pelo médico (91%); os médicos em geral (89%); o tempo dado pelo médico para fazer perguntas (85%); o acolhimento (84,6%); a limpeza (83,5%) e o espaço físico (82,7%). A menor medida de satisfação foi em relação ao tempo de espera, com 61,6% das pessoas satisfeitas em 2013. Essa proporção melhorou desde 2003 quando era apenas 45,4%. A medida que apresentou piora na satisfação entre 2003 e 2013 foi a disponibilidade de equipamentos e suprimentos, cuja satisfação passou de 87,7% em 2003 para 78,8% em 2013, provavelmente em virtude do aumento da expectativa de resposta às necessidades das pessoas na própria APS.

Tabela 3. Qualidade e satisfação com serviços de saúde, usuários SUS, 2003 e 2013

Proporção que avalia como boa / muito boa	2003	2013	Diferença 2013-2003 ¹
Médicos (em geral)	90,3	89,0	-1,3+
Equipamentos e suprimentos disponíveis	87,7	78,9	-8,8
Acolhimento	86,0	84,6	-1,4+
Privacidade adequada	83,3	79,3	-4,0
Médico fornece explicações claras	80,1	91,1	11,0
Limpeza das instalações	79,2	83,5	4,3
Custos de transporte	68,8	72,0	3,2
Médico dá tempo para fazer perguntas	65,9	85,0	19,1
Espaço físico suficiente	63,9	82,7	18,8
Tempo de espera	45,4	61,6	16,2

Fonte: Proporções ponderadas da PMS 2003 e PNS 2013.

Nota: Todas as diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), exceto +.

¹Valores positivos significam melhoras entre os dois períodos.

Outra medida da qualidade da atenção é a proporção da população-alvo que recebeu exames de rastreamento segundo protocolos nacionais. Em relação à realização do exame de rastreamento do câncer de colo uterino nos últimos três anos, em mulheres de 25 a 64 anos, na PNAD 2003, 68,5% das mulheres atendidas no SUS realizaram o exame, enquanto entre as mulheres com planos de saúde, 88% realizaram: uma diferença de 20%. Em 2013, a proporção foi de 75,74% no público e de 90,5% no privado, mostrando um aumento em termos absolutos e uma diminuição de desigualdades. Em 2015, nos Estados Unidos, em uma faixa etária mais ampliada, a proporção de mulheres que fizeram o exame foi de 63,8% entre mulheres sem nenhuma cobertura médica, de 78,4% entre mulheres com cobertura pública e de 86,8% entre mulheres com plano privado³⁶.

Um sistema de saúde com APS forte deveria resolver a maioria dos problemas de saúde da população, incluindo controle de doenças crônicas e cuidados de longa duração. Isso pode aumentar a eficiência dos sistemas de saúde pela redução, por exemplo,

de hospitalizações desnecessárias, geralmente mais caras para o sistema de saúde que o atendimento na atenção primária. Desde a criação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis (ICSAP)³⁷, diversos estudos têm demonstrado associação entre cobertura da SF e redução dessas hospitalizações que podem ser evitadas com bom acesso na atenção primária de boa qualidade. As taxas padronizadas dessas internações variam de acordo com o grau de implantação da SF e da ampliação do acesso e da longitudinalidade, e após um período de redução, pode haver estabilização nas taxas, caso a expansão da cobertura da SF seja sustentada.

Revisão sistemática recente demonstrou que entre os 13 estudos da temática ICSAP avaliados, 8 encontraram redução dessas internações entre 0,7% e 11% para cada aumento de 10% na cobertura da ESF, após controlar os efeitos de outros fatores que influenciam as taxas de hospitalização na população³⁷. Apenas um estudo mostrou aumento das internações simultaneamente à expansão da ESF; e, dos estudos que não mostraram efeitos significativos, os autores consideraram que três foram de

qualidade inferior. Todos os estudos que mostraram diminuição na taxa das ICSAP foram classificados como de alta qualidade³⁷.

Outras contribuições da ESF na eficiência do SUS incluem impacto na detecção de casos de doenças tropicais negligenciadas³⁸ e melhora na qualidade de estatísticas vitais^{30,39}.

Impacto na saúde

Dos diversos papéis desempenhados pelos sistemas de saúde, dois objetivos tornaram-se fundamentais: melhorar a saúde da população e ser equânime na distribuição dos recursos. Vários estudos mostraram que a expansão da ESF tem contribuído de maneira significativa para a redução de várias causas de mortalidade e morbidade no País³⁷.

Os resultados mais importantes incluem a contribuição na redução da MI⁴⁰⁻⁴³. Em 20 anos, a MI no Brasil caiu 61,7% – de 52,04 mortes por mil nascimentos em 1990 para 19,88 por mil em 2010⁴⁴. A expansão da ESF, a partir da década de 1990, teve grande impacto sobre a queda da MI. Além da ampliação do acesso aos serviços de saúde, o aumento na cobertura do pré-natal, da vacinação, a melhoria das condições nutricionais e ambientais, a ampliação de políticas sociais, o aumento no fornecimento de água potável, o incentivo ao aleitamento materno, a ampliação dos bancos de leite humano e da licença maternidade são também apontados como responsáveis por essa redução na MI⁴⁴.

Até 2018, 18 artigos com metodologias consistentes foram publicados sobre ESF e seu impacto na MI. Desses, 92% identificaram um impacto significativo na redução da MI⁴⁵. Nesses estudos, os municípios com ESF consolidada (>70% cobertura para 4 anos) experimentaram reduções de taxas de mortalidade neonatal entre 11% e 44%, mortalidade pós-neonatal entre 17% e 31% e mortalidade em menores de 5 anos de 12% e 13%^{41,43,46,47}. O aumento na cobertura da ESF em 10% corresponde a uma redução na MI

entre 0,4% e 4,6%, dependendo do período analisado e da unidade de análise (estado, microrregião, ou município)^{30,40,42,48,49}.

Outros estudos mostram a imensa flexibilidade da ESF em adaptar-se ao contexto local. Na região do Marajó, no estado do Pará, um arquipélago fluviomarinho de grande vulnerabilidade social, com mais de 60% da população abaixo da linha da pobreza, em uma população de 62.532 menores de 5 anos, houve redução da mortalidade e das hospitalizações, principalmente por gastroenterites, entre 2011 e 2015, com a ampliação da presença dos médicos na ESF, por meio do Programa Mais Médicos⁵⁰.

O impacto da ESF sobre a saúde da população, porém, não se limita às regiões mais pobres. Seus resultados também têm sido evidenciados em estados como o Rio Grande do Sul, onde a taxa de MI é uma das menores do País. Estudo demonstrou que 10% de acréscimo na cobertura da SF nesse estado esteve associado à redução de 1% na MI, de 1994 a 2004⁴⁹.

Guanais analisou os efeitos combinados da cobertura da SF com a cobertura do programa de transferência condicionada de renda, Programa Bolsa Família (PBF), entre 1998 e 2010, em 4.583 municípios brasileiros, sobre a MI Pós-Neonatal (MIPN). A redução das taxas de MIPN estavam associadas às maiores coberturas da SF e do PBF, mostrando a importância da combinação de intervenções nas populações mais vulneráveis⁵¹. Outro estudo avaliou o efeito do PBF e da cobertura da SF nos municípios brasileiros e encontrou efeitos sinérgicos na redução da mortalidade em menores de 5 anos, particularmente nos óbitos atribuídos à baixa renda como as doenças relacionadas a má nutrição e diarreia⁴⁶.

O impacto das políticas sociais, como a SF e o PBF, também foi foco de um estudo de simulação para medir o impacto da emenda à constituição brasileira – EC 95 – que introduziu a mais severa medida de austeridade econômica da modernidade. Esse congelamento dos recursos limitaria a expansão da ESF e a cobertura do PBF, o que, vinculado

ao aumento da pobreza decorrente da crise econômica, poderá resultar em um aumento da mortalidade de menores de 5 anos, em aproximadamente 20 mil crianças, se esses programas de austeridade forem mantidos⁵².

Estudos sobre a saúde dos adultos nas áreas de cobertura da ESF, a fim de avaliar o monitoramento e controle de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, mostram maior acesso da população, principalmente mulheres, a consultas médicas, a medicamentos, mas ainda com importantes deficiências na infraestrutura, nos insumos, na qualificação profissional e no uso das informações para o planejamento⁵³. O controle dessas condições tem-se mostrado em menos de 50% dos casos, como em municípios do estado de Pernambuco com 43,7% de controle da hipertensão e 30,5% de controle nos diabéticos⁵⁴.

Em que pese essa situação, a expansão da ESF resultou em redução na taxa de mortalidade e de internações por doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC) no País. A mortalidade por AVC foi 31% menor; e por doenças cardiovasculares, foi 36% menor nos municípios com cobertura da ESF acima de 70%⁵⁵. Expansão da ESF também foi associada a reduções de mortes por causas consideradas especialmente sensíveis às ações de atenção primária⁵⁶.

Em estudo de base municipal, indivíduos atendidos pela ESF, seis anos após terem tido AVC, tiveram risco de morte 42% menor que pessoas não vinculadas à ESF. A ESF reduziu a risco absoluto de morte em 16,4%⁵⁷. A expansão da ESF foi associada a taxas reduzidas de complicações de algumas condições crônicas, como diabetes *mellitus*⁵⁸.

Em uma amostra de base nacional, de 7.619 idosos de 65 a 74 anos, a fim de avaliar a ESF e a saúde odontológica, encontrou-se efeito protetivo da ESF no sangramento gengival e nas doenças periodontais⁵⁹. Outro estudo mostrou associação com uma redução de disparidades socioeconômicas na utilização dos serviços de saúde bucal²².

Equidade

Existem consideráveis disparidades de renda e nas condições de vida no Brasil, refletidas por um dos maiores índices de Gini no mundo: 0,51 em 2017⁶⁰. Há também evidências de algumas disparidades socioeconômicas no acesso e no uso de serviços de saúde^{61,62}. Teoricamente, apenas as necessidades de saúde (que incluem necessidades de serviços curativos ou preventivos), e não a posição socioeconômica, deveriam determinar a quantidade de cuidados médicos que uma pessoa utiliza. O Índice de Equidade Horizontal (IEH) mede quanto equitativo é o acesso aos serviços de saúde para determinar se utilização é uma função de necessidade (equitativo) ou de fatores socioeconômicos (inequitativo). O índice é zero se não existe diferença na utilização entre usuários além das diferenças devidas às necessidades de saúde, positivo quando os ricos usam mais serviços do que necessitam e negativo quando os pobres usam mais⁶³. Estudos recentes mostraram um declínio nas desigualdades no uso de serviços de saúde no Brasil. Em 1998, no País, o IEH já mostrou uma orientação pró-pobre para hospitalização⁶⁴. Para consultas médicas e odontológicas, o uso de serviços de saúde é (em graus variados) ainda pró-rico, embora tenha se tornado cada vez mais equitativo ao longo do tempo⁶⁵. Há alguma evidência, entretanto, de que, nos últimos anos, alguns dos ganhos observados na desigualdade relacionada com a saúde podem ter declinado⁶⁶.

Em termos de comparação internacional, a iniquidade em saúde no Brasil parece ser ligeiramente superior à desigualdade encontrada em uma amostra de países da OCDE, mas inferior à maioria dos outros países da América Latina. Um artigo recente usou a PNS 2013 para calcular o IEH para o Brasil e encontrou valores de 0,059 (0,23 com ajuste de prevalência) para consultas médicas, 0,165 (0,29 com ajuste de prevalência) para consultas odontológicas e 0,0195 (0,021 com

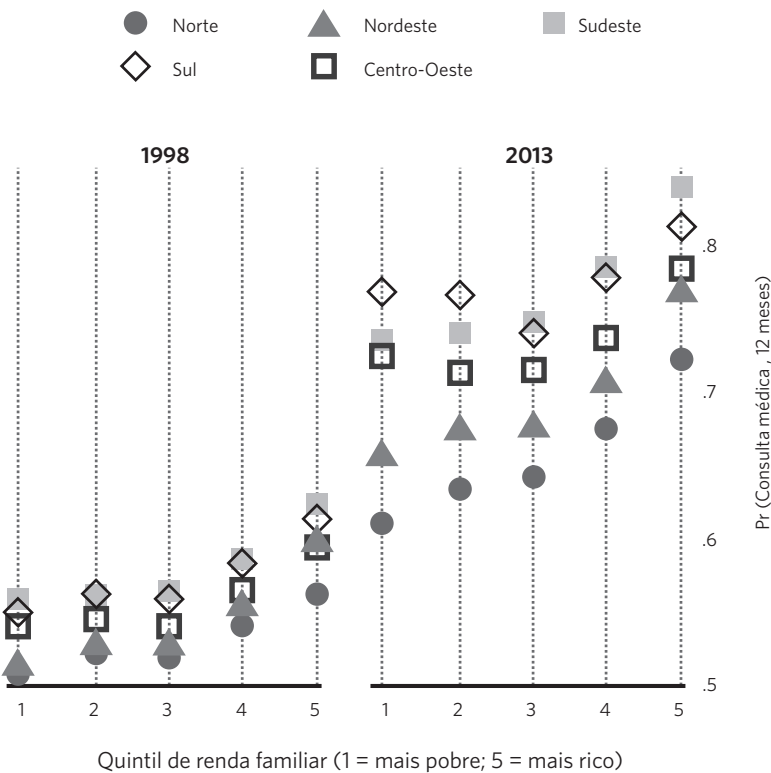
ajuste de prevalência) para internações⁶⁶. Em um estudo de 18 países da OCDE, os autores utilizaram apenas o IEH ajustado para prevalência e acharam que, para consultas médicas, esse valor (que foi 0,23 no Brasil) variou de 0,00 no Reino Unido a 0,14 no Canadá e 0,20 nos EUA. Para consultas odontológicas, o IEH foi 0,15 no Reino Unido; e os valores encontrados no Canadá (0,3 em 2008) e nos EUA (0,30 em 2009) foram maiores que o valor encontrado no Brasil em 2013⁶⁷.

Na América do Sul, os IEH (não ajustados para prevalência) para consultas médicas eram maiores que os IEH do Brasil: para o Chile e a Colômbia, respectivamente, eram 0,079 e 0,091 para consultas médicas e 0,015 e 0,036 para hospitalizações^{68,69}. No entanto, comparar resultados com os de outros países é problemático devido às diferentes medidas de posição socioeconômica utilizadas. Por exemplo, estudos sobre os países da OCDE e sobre o Chile usaram a renda familiar, já estudo sobre a Colômbia utilizou os gastos das famílias.

O gráfico 4 mostra a probabilidade predita de ter pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses usando dados da PNAD 1998 e PNS 2013. Os dados foram estratificados por três eixos: região do País, quintil de renda familiar e ano. O painel à esquerda

representa a situação em 1998. O grupo 1 representa os 20% da população com renda familiar mais baixa, e teve a probabilidade de realizar uma consulta médica variando entre 50% para os residentes das regiões mais pobres (Norte e Nordeste) para 55% para os residentes nas regiões Sul e Sudeste. Essa probabilidade aumenta para cada quintil de renda familiar até o grupo mais rico que teve uma chance de realizar uma consulta médica, de 55%, se mora na região Norte, até 62%, para pessoas que vivem nas regiões mais ricas. As diferenças são marcantes ao relacionar com o painel à direita, que representa a situação em 2013. Nesse ano, a probabilidade de ter uma consulta médica entre as famílias mais pobres, nas regiões mais pobres, foi igual ou superior ao valor para os mais ricos nas regiões mais ricas em 1998. Isso quer dizer que, em termos absolutos, o acesso melhorou para todos os grupos e regiões do País e aumentou ainda mais em termos relativos para as pessoas de média e baixa renda. Os fatores mais consistentemente associados a maior equidade foram a adscrição à ESF e as necessidades de saúde; e os associados a menor equidade, ter planos privados e maior renda^{65,66}.

Gráfico 4: Probabilidade de uma consulta médica nos últimos 12 meses, por renda familiar e região do País, 1998 e 2013



Diante desses desafios, Hone et al. analisaram a associação entre a expansão da ESF e as iniquidades raciais nas mortes evitáveis entre 2000 e 2013⁷⁰. A expansão da ESF esteve associada à redução de 15,4% na mortalidade do grupo da cor negra em relação ao da cor branca. A maior redução foi na mortalidade por doenças infecciosas, deficiências nutricionais e anemias, diabetes e doenças cardiovasculares. Os resultados sugerem que a expansão da ESF reduz iniquidades de mortalidade entre os grupos menos favorecidos na população⁷⁰.

Conclusões

Este trabalho avaliou e sintetizou as principais evidências sobre a importância e o impacto da ESF no Brasil. Baseado nos resultados apresentados, existem evidências

suficientes para concluir que a expansão da ESF teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira. Especificamente, a expansão e adequação da ESF facilitou:

- Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa – pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças;
- Melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na MI e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária;
- Expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas;

- Melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos;
- Eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o PBF e;
- Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil.

Uma limitação importante desta revisão vem do fato de que a maior parte dos estudos aqui apresentados são estudos ecológicos de cortes transversais, fazendo-se necessários estudos complementares mais potentes do ponto de vista das evidências. Existem vários desenhos de estudos robustos em andamento, como a coorte populacional do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (Elsi)⁷¹ e coortes sintéticas como as que vêm sendo conduzidas pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs) da Fiocruz. Outras pesquisas estão realizando linkage dos inúmeros bancos de dados com informações individuais, dados de utilização dos serviços e resultados em saúde ao longo do tempo. Além de melhores desenhos analíticos, é necessário ampliar a categorização de qualidade da ESF, para além de sua presença e/ou cobertura, utilizando padrões de qualidade da sua organização, com instrumentos validados para serviços de APS como o PCATool⁷². Do ponto de vista da avaliação de impacto da política de atenção primária brasileira, por meio da ESF, avaliações de custo-benefício e custo-efetividade e estudos quase-experimentais ainda são necessários.

Como a maioria dos sistemas de saúde em todo o mundo, o SUS luta para atender às necessidades da população, as quais estão em constante evolução. Acelerar

as iniciativas de melhoria da qualidade é essencial. Em resposta à necessidade de maior investimento público em saúde, o governo brasileiro lançou, em 2011, um importante modelo de pagamento por desempenho para a ESF a fim de acelerar o investimento na melhoria da infraestrutura e da qualidade técnica do atendimento³⁹.

Até o momento, as abordagens mais inovadoras para a organização e provisão de atenção primária (a ESF) concentraram-se nos segmentos mais pobres de muitos municípios. Embora isso tenha levado a melhorias na equidade em saúde, há desafios em alcançar a classe média que prefere buscar serviços no setor privado. Há complicações adicionais decorrentes da natureza descentralizada da gestão da saúde no Brasil, com alguns municípios optando pelo aumento da expansão da ESF, enquanto outros não realizaram investimentos na conversão da UBS tradicional para a ESF mais efetiva.

Juntamente com o aumento da demanda por cuidados de saúde, a rápida expansão da ESF contribuiu para evidenciar a má distribuição de médicos no Brasil, cuja resposta foi o Programa Mais Médicos, contratando mais de 17 mil médicos de outros países⁷³. É provável que, à medida que a população continue a envelhecer, a escassez adicional de provedores de saúde – médicos de família, especialistas e equipe de enfermagem – apresentará novos desafios, visto que o SUS se esforça para atender às mudanças e necessidades dos cidadãos brasileiros.

Apesar de suas inúmeras conquistas, o SUS enfrenta sérios desafios financeiros e organizacionais. Embora o gasto total com saúde no Brasil seja semelhante à média da OCDE de cerca de 9% do Produto Interno Bruto, menos da metade desse valor é público, colocando o Brasil muito abaixo da média da OCDE na participação do governo nos gastos com saúde. Atualmente, o SUS enfrenta uma crise importante dada a Emenda Constitucional 95 (EC 95/PEC 55/PEC 241) aprovada em dezembro de 2016 e que limita

despesas federais em saúde para os próximos 20 anos, congelando os gastos ao nível de 2016 sem incremento além do ajuste pela inflação. A previsão é que essa emenda resultará em um declínio no orçamento da saúde de R\$ 415 bilhões até 2036⁷⁴. Reformas adicionais que modificam o financiamento de alguns componentes do SUS (incluindo a ESF)⁷⁵ e a revisão da PNAB podem levar à estagnação ou mesmo à deterioração dos importantes ganhos em saúde obtidos devido a esse modo exitoso de organizar a atenção primária no Brasil.

Em conclusão, observamos que não existe sistema de saúde nem modelo de atenção perfeito, mas, os que apresentam melhores resultados na saúde da população, e maior equidade, são os que têm na APS a centralidade de sua organização. Além disso, existe consenso internacional que redução de investimentos nos sistemas e serviços de saúde

pode resultar em piores condições de vida, retrocessos nos avanços já alcançados, mais desigualdades e até desacelerar o crescimento econômico. A ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS; e existem muitas evidências sobre sua efetividade. Por isso, é urgente que a ESF (e o SUS) não sofra cortes que interrompam os resultados até aqui encontrados e que passe a ser defendida como uma conquista e um valor ético por toda a sociedade brasileira.

Colaboradores

Macinko J e Mendonça CS contribuíram para concepção e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457-502.
2. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, et al. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*. 2017; 32(5):566-71.
3. Law I, Widdows H. Conceptualising health: insights from the capability approach. *Health Care Anal*. 2008; 16(4):303-14.
4. Mitchell PM, Roberts TE, Barton PM, et al. Applications of the Capability Approach in the Health Field: A Literature Review. *Soc Indic Res*. 2017; 133(1):345-71.
5. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017; 389(10064):77-90.
6. Well DN. Accounting for the Effect Of Health on Economic Growth. *Q J Econ*. 2007; 122(3):1265-306.

7. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Development*. 2004; 32(1):1-13.
8. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
9. Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011; 12:115.
10. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32(4):686-94.
11. Hansen J, Groenewegen PP, Boerma WG, et al. Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*. 2015; 34(9):1531-7.
12. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010; 70(6):904-11.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
14. Macinko J, Harris M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
15. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6):717-31.
16. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996; (86):1699-700.
17. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):151.
18. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical medicine & international health: TM & IH*. 2012; 17(1):36-42.
19. Cowling TE, Harris MJ, Majeed A. Access to primary care in England. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(3):467.
20. Boccolini CS, Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):150.
21. Osborn R, Squires D, Doty MM, et al. In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35(12):2327-36.
22. Peres KG, Peres MA, Boing AF, et al. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev. Saúde Públ*. 2012; 46(2):250-8.
23. Global health Workforce Alliance. *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Scaling Up*. Switzerland: Global Health Workforce Alliance (GHWA); April 2010.
24. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *J Ambul Care Manage*. 2011; 34(4):326-38.
25. Cazola LH, Tamaki EM, Pontes ER, et al. [The incorporation of activities to control dengue by community health agents]. *Rev. Saúde Públ*. 2014; 48(1):113-22.

26. Fernandes MTB, Boscarior SC, Ito TM, et al. Promoção da alimentação saudável do 0 aos 5 anos de idade: a contribuição dos agentes comunitários de saúde. *Rev med (São Paulo)*. 2013; 92(2):109-12.
27. Boerma T, Eozenou P, Evans D, et al. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS medicine*. 2014; 11(9):e1001731.
28. Abihiro GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015; 15:17.
29. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. Network on Health F, Social Protection in Latin A, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Publica Mex*. 2011; 53(supl 2):s85-95.
30. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19(supl):126-58.
31. Barreto MN, Cesse EA, Lima RF, et al. Analysis of access to hypertensive and diabetic drugs in the Family Health Strategy, State of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(2):413-24.
32. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):669-681.
33. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. [Evaluation of the effectiveness of Primary Health Care in South and Northeast Brazil: methodological contributions]. *Cad. Saude Pública*. 2008; 24(supl 1):S159-72.
34. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable? *J Ambul Care Manage*. 2017;40(Supl 2 Supplement, The Brazilian National Program f):S60-S70.
35. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage*. 2017;40 (Supl 2 Supplement, The Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality - PMAQ):S4-S11.
36. White A, Thompson TD, White MC, et al. Cancer Screening Test Use - United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017; 66(8):201-6.
37. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil)]. *Cad. Saude Pública*. 2009; 25(6):1337-49.
38. Nery JS, Pereira SM, Rasella D, et al. Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. *PLoS neglected tropical diseases*. 2014; 8(11):e3357.
39. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC public health*. 2010; 10:380.
40. Macinko J, Guanais F, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60:13-9.
41. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
42. Macinko J, Marinho SME, Guanais FC, et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant

- mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med.* 2007; 65(10):2070-80.
43. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics.* 2010; 126(3):e534-40.
 44. Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet.* 2008; 371(9620):1284-93.
 45. Bastos ML, Menzies D, Hone T, et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoS One.* 2017; 12(8):e0182336.
 46. Rasella D, Aquino R, Santos CA, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet.* 2013; 382(9886):57-64.
 47. Brentani A, Grisi S, Taniguchi MT, et al. Rollout of community-based family health strategy (programa de saúde de família) is associated with large reductions in neonatal mortality in Sao Paulo, Brazil. *SSM Popul Health.* 2016; 2:55-61.
 48. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood).* 2009; 28(4):1127-35.
 49. Zanini RR, Moraes AB, Giugliani ER, et al. Infant mortality trends in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 1994-2004: a multilevel analysis of individual and community risk factors. *Cad. Saude Pública.* 2009; 25(5):1035-45.
 50. Carneiro VB, Oliveira PTR, Bastos MSCB, et al. Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Maranhó-Pará-Brasil. *Saúde em Redes.* 2016; 2(4):360-71.
 51. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health.* 2013; 103(11):2000-6.
 52. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS medicine.* 2018; 15(5):e1002570.
 53. Zavatini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RK. [Family health strategy in the treatment of chronic-degenerative diseases: achievements and challenges]. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(4):647-54.
 54. Fontbonne A, Cesse EA, Sousa IM, et al. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(6):1195-204.
 55. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *Bmj.* 2014; 349:g4014.
 56. Hone T, Rasella D, Barreto M, et al. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood).* 2017; 36(1):149-58.
 57. Cabral NL, Franco S, Longo A, et al. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. *Am J Public Health.* 2012; 102(12):e90-5.
 58. Klafka A, Duncan B, Rosa R, et al. Mortality from acute complications of diabetes mellitus in Brazil, 2006-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2014; 23(3):455-62.
 59. Dalazen CE, De Carli AD, Bomfim RA, et al. Contextual and Individual Factors Influencing Periodontal Treatment Needs by Elderly Brazilians: A Multilevel Analysis. *PLoS One.* 2016; 11(6):e0156231.

60. World Bank Open Data. GINI index. World Bank, Development Research Group. Data are based on primary household survey data obtained from government statistical agencies and World Bank country departments[*internet*]. [acesso em 2018 ago 16]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. World Bank Group. 2018.
61. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. [Trends in health conditions and use of health services by the Brazilian elderly: a study based on the National Household Sample Survey (1998, 2003)]. *Cad. Saude Publica*. 2007; 23(10):2467-78.
62. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status]. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6):365-73.
63. Wagstaff A. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. *Health Econ*. 2005; 14(4):429-32.
64. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012; 11:33.
65. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2):83-9.
66. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):140.
67. Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ*. 2015; 16(1):21-33.
68. Vasquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2):98-106.
69. Ruiz Gomez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltran L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2):107-15.
70. Hone T, Rasella D, Barreto ML, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS medicine*. 2017; 14(5):e1002306.
71. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza PRB, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *Am J Epidemiol*. 2018; 187(7):1345-53.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
73. Kemper ES, Mendonca AV, Sousa MF. The Mais Médicos (More Doctors) Program: panorama of the scientific output. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2785-96.
74. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *Lancet*. 2016; 388(10047):867-8.
75. Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(4):e000829.

Recebido em 23/08/2018

Aprovado em 26/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios

Changes in the National Policy of Primary Health Care: between setbacks and challenges

Eduardo Alves Melo¹, Maria Helena Magalhães de Mendonça², Jarbas Ribeiro de Oliveira³, Gabriella Carrilho Lins de Andrade⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S103

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4849> eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3917-9103> mhelenam@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Arapiraca (AL), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8519-2432> jarbasribeiro@gmail.com

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8736-3039> andrade.gabriella@gmail.com

RESUMO O artigo reflete sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em suas diversas versões. Seus objetivos foram discutir os contextos da revisão da PNAB em sua edição de 2017, comparar com a versão de 2011 e identificar elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações. Partiu das portarias que definem a PNAB, seguido de leitura sistemática e eleição de dimensões de análise e de comportamento quanto à coerência e a contradições. Destacou os fóruns de debate e os principais atores envolvidos na revisão. Destacou, como resultados, a preservação da base conceitual da Atenção Básica (AB). Alterações significativas na dimensão organizativa e funcional indicam flexibilização da modalidade de organização – Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB tradicional. Adicionalmente, mudanças na composição da equipe, no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas suas atribuições singulares. Na gestão, a novidade é a gerência da Unidade Básica de Saúde. No financiamento, preservou as responsabilidades dos três entes federados, com baixa perspectiva de ampliação de recursos financeiros. Chamou atenção o protagonismo dos gestores formais e a descon sideração dos posicionamentos do controle social na tomada de decisão. Considera que há dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, e conclui que os propósitos centrais dessa agenda são a diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Ademais, tal mudança, em conjuntura de crise política e econômica do País, com o Ministério da Saúde assumindo uma agenda neoliberal, faz-se inoportuna e oferece condições de desmonte da ESF, além de aprofundar a cisão entre atores da política de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The article reflects on the National Policy of Primary Health Care (PNAB) in its various versions. Its objectives are to discuss the contexts of the PNAB review on your 2017 edition, compare with the 2011 version and identify elements of continuity, discontinuity, and possible aggregations. It starts from the ordinances that define the PNAB, followed by systematic reading and election of analysis and behavioral dimensions as for coherence and contradictions, highlighting the discussion forums and the main actors involved in the review. It highlighted as results the preservation of the conceptual approach of Primary Care (AB). Changes that are



significant in the organizational and functional dimension indicate easing in the organization mode – Family Health Strategy (ESF) and AB. Additionally, changes in the composition of the team, as for the number of Community Health Workers (ACS) and its unique assignments. In management, the novelty is the management of the Health Center. In financing, it preserved the responsibilities of the three federated entities, with a low perspective of expansion of financial resources. Attention was drawn to the role of formal managers and to disregarding the positions of social control in decision-making. It is considered that there are PNAB devices that induce, prevent or condition changes, and concludes that the central purposes of this agenda are to reduce the ACS and to change its profile as well as the prioritization of the so-called traditional AB to the detriment of the ESF. Furthermore, such a change, in conjuncture of political and economic crisis of the country, with the Ministry of Health assuming a neoliberal agenda, makes it inopportune and offers conditions of dismantling the ESF, besides deepening the division among the actors of health policy.

KEYWORDS Primary Health Care. Family Health Strategy. Health policy. Unified Health System.

Introdução

Breve contextualização histórica

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando-a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde¹.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde², incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social³.

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem

integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária⁴, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como APS seletiva, ora como APS ampliada, com forte influência de organismos internacionais⁵.

APS no Brasil

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes

formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF⁶. Inicialmente com caráter seletivo⁷, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000⁸.

A introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF).

Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 EqSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%⁹. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil¹⁰.

A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres^{6,11}.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregados outras perspectivas, conceitos e diretrizes – a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como significante de resistência à APS

seletiva. Neste artigo, tais termos serão utilizados como equivalentes. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersetorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade². Destacam-se no Brasil, também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹².

Edições da PNAB e a revisão atual

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF^{13,7}.

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A despeito disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço¹⁴. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento¹⁵. O PMM (no seu componente provimento), por exemplo, possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF em áreas de maior vulnerabilização social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, em um processo de disputa com a categoria médica e que provocou debates na sociedade, para além do SUS e da saúde coletiva¹⁶. Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites¹⁶.

É sabido que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual. A isso se somam reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte,

contempladas, no âmbito da AB, com as mudanças na PNAB a partir de 2011. Ainda assim, há evidências que apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das EqSF tem se concentrado nos municípios¹⁷.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da AB, destaca-se também a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais¹⁸. Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento¹⁹. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB.

Diante desse cenário, o objetivo deste artigo é analisar a PNAB, comparando as versões editadas em 2011 e 2017, identificando continuidades, descontinuidades e agregações nos seus elementos constituintes, cotejando-os com o contexto e conjuntura nacionais na saúde.

Metodologia

O objeto das políticas públicas é o Estado em ação, por meio de programas governamentais. A emergência dessas ações, seus mecanismos de operação e prováveis impactos sobre a ordem política e social são o foco de inúmeros estudos sociais, políticos e econômicos. Compreender as singularidades relativas à evolução, modificação e inovação em uma dada política, em um plano de análise política da política²¹, exige destacar as estratégias de ação estatal e a abrangência das mudanças introduzidas ao longo de certo tempo.

Assim, consideram-se aqui as edições da política como eventos políticos resultados de inter-relação entre atores, interesses, ideias e instituições, sendo que estas últimas se modificam ao longo do tempo e se constituem em diferentes arenas permeadas por atores, referências e percepções que afetam as decisões de cada disputa de projeto político²².

Ao partir para a análise de uma política, faz-se necessário

[...] perceber que mesmo as políticas governamentais são desenhadas a partir de conflitos e debates entre grupos e sujeitos, expressando interesses em disputa e um dado modo de construção social. Ou seja, nenhuma política formal é distante de um contexto social. Ela é fruto de embates e conflitos de posições e de percepções de mundo²³⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, considerou-se que a portaria é a face formal da política. A partir de levantamento documental baseado nas portarias que definem e embasam a PNAB entre os anos de 2011 e 2017, complementado com o posicionamento de atores envolvidos, seguiu-se à eleição de alguns componentes para análise comparativa da PNAB, acompanhando seu comportamento, expresso nas noções de continuidade, descontinuidade e agregação. Em razão de nosso objeto, foram escolhidas como dimensões da análise comparativa das portarias: a) Conceitos-chave e princípios e

diretrizes gerais para a AB; b) Aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde; c) Gestão e Financiamento.

As principais fontes documentais foram as portarias nº 2.488, de 2011, e nº 2.436, de 2017^{24,25}. Foram consideradas, também, normativas relacionadas diretamente com a PNAB, mas que foram publicadas em portarias específicas, não abordadas em profundidade neste estudo.

A leitura interna da portaria considerou a presença de elementos conceituais, discursivos e dispositivos concretos que condicionam, impedem e/ou induzem o funcionamento local da AB. Em uma leitura externa ao texto formal, buscou-se ampliar a análise, considerando a participação dos atores, a agenda de governo, projetos em disputa, processos decisórios, problemas enfrentados e não enfrentados, compondo o contexto, em parte, descrito na introdução deste artigo. Em outras palavras, empreendeu-se uma leitura que considera o 'dentro texto', o fora texto e suas conexões, sem perder de vista que um ato normativo do tipo 'portaria' dá visibilidade imediata a apenas parte desses elementos.

A utilização de documentos públicos como fontes, neste estudo, dispensou avaliação por comitê de ética. As análises ou interpretações a seguir apresentadas são de responsabilidade dos autores. Estas, por sua vez, são resultado da combinação de análise de políticas com uma análise de conteúdo de base temática. Este estudo não teve apoio financeiro para a sua realização.

Resultados

Os resultados aqui apresentados estão organizados em três quadros que contemplam, cada um, no seu eixo vertical as dimensões de análise escolhidas e, em seu eixo horizontal, as trajetórias destes elementos encontrados nos textos, quer explicitem continuidades, descontinuidades ou agregações. Seguiram-se, adicionalmente, comentários que realçam, de

maneira descritiva, os pontos mais significativos na concepção dos autores, além de uma

breve caracterização dos atores envolvidos no cenário de mudança da PNAB.

Quadro 1. Síntese comparativa dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica
Continuidades	Os princípios e diretrizes aparecem, em suma, conservados na escrita da PNAB 2017 (universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade). O conceito de AB segue praticamente o mesmo. Permanece a consideração de AB e atenção primária como termos equivalentes, sendo o primeiro termo de uso mais frequente no texto da PNAB.
Descontinuidades	É retirada a palavra ‘democrática’ do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. A ‘humanização’ desaparece dos princípios enunciados na PNAB 2017 ao contrário da edição anterior.
Agregações	Maior detalhamento e repetição da noção de rede e traduções dos princípios do SUS e das noções das redes na AB. A incorporação de conceitos, ferramentas e estratégias de outras publicações já existentes (técnicas e normativas) ao texto desta nova PNAB. Agregação dos ‘cuidados paliativos’ e ‘vigilância à saúde’ ao conceito de AB – vigilância já estava na PNAB anterior, mas fora do item específico com definição sobre AB, embora prevenção, promoção e proteção (associados à vigilância) estejam nas duas. Explicita-se a proibição na AB de ‘qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras’.

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Os princípios e diretrizes gerais na PNAB de 2017 não trazem mudanças significativas quando comparados à publicação anterior. Contudo, nota-se que as noções de redes e regiões de saúde se apresentam com maior detalhamento.

A conceituação da AB praticamente mantém o texto das antigas edições, sendo que nesta incorporam-se os ‘cuidados paliativos’ e enfatiza-se a ‘vigilância em saúde’. Não obstante, tais conceitos já eram anunciados em versões anteriores ou em outras políticas e programas, todavia sem o destaque dado na última publicação. Assim, o que parece haver de novo é a agregação desses dois conceitos como característicos da AB.

Apesar de serem mantidos em equivalência os termos ‘atenção básica’ e ‘atenção primária à saúde’ na PNAB de 2017, com a

condição de estarem associados aos princípios e diretrizes no documento explicitado, percebe-se maior utilização e frequência do primeiro termo.

Enquanto descontinuidades significativas a esta dimensão de análise, observou-se a retirada das palavras ‘democrática’ e ‘humanização’, sendo que uma se referia, na PNAB de 2011, ao formato das práticas de cuidado e de gestão, e a outra era apresentada como um dos princípios, respectivamente.

Na PNAB 2017, estão identificadas o que poderiam ser as causas das ‘diferenciações excludentes’ indicadas na PNAB de 2011, no acesso e acolhimento do serviço de saúde, ressaltando a proibição dessas (distinções acompanhadas de exclusão devido a condições como idade, gênero, orientação sexual, raça/cor, entre outras).

Quadro 2. Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Aspectos organizativos e funcionais das equipas e unidades de saúde
Continuidades	<p>Permanece a afirmação discursiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.</p> <p>Os tipos de profissionais das Equipas de Saúde da Família (EqSF) e suas atribuições (com exceção dos ACS), no geral, permanecem.</p> <p>Os tipos de equipas especiais e para populações específicas (consultório na rua, ribeirinhas etc.) continuam, embora seja sinalizada a perspectiva de progressiva incorporação nas modalidades mais usuais de equipas.</p> <p>As possibilidades de composição dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são mantidas, mas a carga horária não está detalhada.</p> <p>O denominador para cálculo do número de equipas por município permanece sendo 2.000 (na PNAB de 2011, era 2.400, mas a portaria 2.355 de 2013 já havia modificado para esse denominador).</p> <p>Ambas sugerem considerar elementos como o risco e a vulnerabilidade social como parâmetros para definição do número de pessoas/equipa.</p>
Descontinuidades	<p>A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipa (como média recomendada) da PNAB anterior. A PNAB 2011 indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipa, sem mínimo.</p> <p>O número mínimo de ACS/equipa, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipa.</p> <p>Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF.</p> <p>Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação.</p> <p>Foi retirada a possibilidade de EqSF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais.</p> <p>As Equipas de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. Os Nasf passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de 'apoio'.</p> <p>Ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase.</p> <p>O Programa Saúde na Escola (PSE) na PNAB 2017 está apenas como um dos itens que devem ter financiamento federal, sem especificações.</p>
Agregações	<p>A PNAB 2017 traz como responsabilidade tripartite a garantia do transporte em saúde para equipas e usuários.</p> <p>A introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento.</p> <p>A PNAB 2017 possibilita a incorporação do ACE como parte da EqSF.</p> <p>As Equipas de Atenção Básica (EqAB) estão previstas com cargas horárias mínimas de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio.</p> <p>Integração entre vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias.</p> <p>Novas competências dos ACS, por meio de formação específica, assistidos por profissional de nível superior.</p> <p>Os Nasf-AB passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais.</p> <p>Recomendação de que as UBS tenham 4 equipas para atingirem o seu potencial resolutivo (PNAB anterior recomendava o máximo de 12.000 pessoas por UBS com ESF em áreas urbanas, e de 18.000 pessoas para UBS tradicionais).</p> <p>Profissionais da ESF só podem atuar em uma equipa.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Nos aspectos organizativos e funcionais, encontram-se as descontinuidades e agregações mais substantivas na PNAB 2017. Ressalta-se que tais aspectos dizem da possibilidade de modificação concreta da realização da AB no País. A flexibilidade trazida pela nova PNAB se expressa em muitos momentos do documento, certas vezes de maneira nebulosa em um discurso de adequação às necessidades locais regionais.

As descontinuidades podem ser percebidas quando se lê a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF (no mínimo um), de maneira a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições; inclusive com recomendação de unificar suas ações com as dos ACE (e de incorporação desse último como parte da EqSF) e, ainda, facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos).

Ainda que as atribuições das outras categorias profissionais de saúde que compõem as EqSF tenham permanecido praticamente idênticas à PNAB de 2011, houve alteração quanto à exigência da carga horária, pois agora todos os médicos devem cumprir 40 horas semanais. As equipes de AB (no formato tradicional), porém, estão previstas com profissionais contratados para cumprir carga horária semanal mínima de 10 horas, sem obrigatoriedade do ACS e custeadas por novo financiamento (até então o único recurso do tipo PAB variável baseado neste tipo de equipe era o do PMAQ, desde que houvesse equipe tradicional certificada por este programa).

A recomendação de pessoas por EqSF também é modificada. Enquanto a PNAB 2011 fazia menção apenas ao limite máximo de 4.000 pessoas/equipe e 3.000/equipe como média recomendada, a PNAB 2017 coloca que cada EqSF deve ser responsável por 2.000-3.5000 pessoas. Ressalta-se,

porém, que as duas publicações continuam sugerindo que esse número esteja alinhado às questões de vulnerabilidade do território.

Os Nasf, quando de sua criação, em 2008, tinham por objetivo ampliar a capacidade de cuidado na AB, calcados na lógica do apoio matricial. A PNAB 2017 não traz mudanças quanto às categorias profissionais do Nasf nem sobre sua carga horária, contudo, a nova nomenclatura parece anunciar outra concepção do trabalho. Renomeados como Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), podem perder a função de apoio e, pela possibilidade de cobrir também as unidades básicas tradicionais, podem ter uma interferência negativa no seu formato de funcionamento (que já é um desafio mesmo nas EqSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF).

Ao entender o SUS como espaço de formação, a PNAB 2011 previa que até 8 horas semanais dos profissionais das EqSF pudessem ser utilizadas para atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência, o que não mais se encontra na publicação de 2017. Percebe-se também, enquanto descontinuidade, uma menor valorização da educação permanente, peça-chave para o processo de trabalho na AB. O Programa Saúde na Escola, na PNAB 2017, aparece timidamente como um dos itens que devem ter financiamento federal, carente de especificações.

Percebe-se, na PNAB mais recente, uma diferenciação das ações e serviços da AB que passam a ser classificadas a partir dos conceitos de 'padrão essencial' (ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade) e 'padrão ampliado' (estratégicos para atingir altos padrões de acesso e qualidade), mesmo com escassez de detalhes. Sobre isso, há que se mencionar o risco de se abrir para uma atenção simplificada e seletiva.

Quadro 3. Síntese comparativa dos aspectos de gestão e financiamento nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica
Continuidades	Grande maioria das responsabilidades dos três entes federados permanecem.
Descontinuidades	
Agregações	<p>A figura do gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas atribuições.</p> <p>Constante menção, no texto da nova PNAB, sobre as realidades de cada local e possibilidades de adaptação (por vezes isso ficando confuso e até contraditório, quando acompanhando de uma definição normativa fechada) dos parâmetros propostos, de forma a ampliar o poder do gestor municipal.</p> <p>A previsão (não detalhada) de agregação de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços.</p> <p>Indicação de financiamento 'regular e automático' pelas secretarias estaduais de saúde para os municípios, embora a PNAB não tenha nenhum dispositivo concreto para isso.</p> <p>Validade de 4 meses para o credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (prazo para serem implantadas no município após o credenciamento-autorização solicitado).</p>

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Em se tratando da gestão, percebeu-se a manutenção majoritária das condições da PNAB anterior. Dentre as agregações, pode-se citar a menção da figura do gerente de serviço, objetivando qualificar o processo de trabalho nas UBS, com recomendações de atribuições para esse profissional – que deve ser qualificado, com nível superior, não membro de EqSF e com experiência na AB. Considera-se positiva a introdução de uma gerência desde que envolva critérios profissionais e não meramente político-eleitorais. Outra agregação que remete à gestão é a constante menção sobre a necessidade de adequação do desenho da AB às diferentes realidades de cada local e possibilidades de adaptação por meio do gestor municipal, com autonomia nas suas escolhas. No entanto, isso muitas vezes não está claro, permite uma confusão e algumas vezes denota contradição quando acompanhado de uma definição normativa fechada.

Em se tratando do financiamento, destacamos como elemento de continuidade que a maioria das responsabilidades das esferas federal, estadual e municipal são mantidas, em que pese a menção ao repasse mensal e regular a ser feito pelos estados aos municípios (importante, porém de baixa efetividade

considerando a autonomia dos estados). A agregação trazida pela PNAB 2017, neste item, é a previsão, sem detalhes, de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços.

Após as mudanças trazidas pela PNAB 2017, foi estabelecido, em 2018, apenas o financiamento específico para as equipes de AB tradicional e para gerente de UBS. Até o momento, não houve qualquer reajuste dos valores per capita do PAB Fixo (apenas atualização da população), tampouco dos diferentes componentes do PAB Variável mais relacionado com a ESF (Nasf, EqSF, ACS, Saúde Bucal, PMAQ).

No que se refere ao cenário, vários atores (além dos gestores municipais, estaduais e federal) se posicionaram contrariamente à revisão da PNAB, incluindo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)²⁶. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) emitiu recomendação contrária à revisão neste tempo e indicando necessidade de maior discussão. Tendo protagonismo central do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde (MS), e apoio do

Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass)²⁷, deu-se uma mudança normativa a despeito de contestações por diversas entidades e movimentos da sociedade civil, colocando em xeque a legitimidade do processo²⁸.

Discussão

Com base nos resultados apresentados, cabe destacar que, em documentos do tipo portaria, costumam figurar conteúdos de teor conceitual, normativo, procedimental e recomendações, e que tais conteúdos não são equivalentes, carregando diferentes sentidos e possibilidades de apropriação por atores concretos, e de influência sobre realidades.

A despeito de haver agregações positivas na atual PNAB, tais elementos aparecem, sobretudo, no plano conceitual e discursivo (ou como recomendação), sem dispositivos concretos que busquem a sua efetivação de modo não apenas novo como também mais efetivo.

Contudo, outras ‘novidades’ parecem problemáticas, tais como o modo colocado de integração entre vigilância em saúde e AB (ignorando suas especificidades), bem como as noções de padrão essencial e ampliado, que podem ter algum sentido em termos de desempenho (no quadro do PMAQ), mas na portaria são apresentados de modo genérico e com risco de apropriações que retornam à APS seletiva.

Ainda que as palavras importem (inclusive por expressarem consensos, disputas e narrativas das ‘forças’ envolvidas na formulação e decisão da política), ao considerá-las em uma portaria, é fundamental atentar para os efeitos concretos que elas podem ou não produzir, observando os dispositivos com potencial de interferir nas realidades, bem como sua direcionalidade. Nesse sentido, destaca-se, na PNAB, a mudança nas modalidades e composição das equipes. Trata-se da definição de que as EqSF devem ter, agora, no mínimo um (não mais quatro)

ACS, bem como da previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de AB não necessariamente baseadas em atributos e diretrizes da APS, tal qual adotadas na ESF. A força desses dispositivos provém do seu caráter indutor (ou permissivo) e da receptividade dos atores aos quais se dirige. Na prática, isso significa que, se os gestores municipais do SUS (que em última instância respondem pela contratação de profissionais e pela organização da AB nos municípios) visualizarem nisso uma possibilidade de enfrentar/minimizar o subfinanciamento ou de os serviços se adequarem mais à realidade (segundo suas perspectivas), isso passa a ter mais chances de acontecer do que havia até a edição da atual PNAB.

No entanto, a normativa atual ainda não obriga a mudança, sendo ainda possível, por exemplo, manter cinco ACS na EqSF, se isso for uma decisão por convicção do gestor ou decorrente de negociações e pressões envolvendo atores locais. Contudo, isso parece menos provável de acontecer no cenário atual. A existência de novo financiamento para outro tipo formato de AB, entretanto, pode induzi-lo, a depender dos valores de repasse e da situação local, gerando não só diminuição de ACS como também estagnação ou mesmo diminuição da cobertura da ESF. Cabe indicar que o dimensionamento da AB tradicional atualmente existente é de difícil re-realização (tendendo a ser pouco preciso), e que as unidades básicas tradicionais, diferentemente da imensa maioria das EqSF, tiveram uma presença inexpressiva nos ciclos do PMAQ, indicando pouca abertura para mudança de sua lógica instituída (com fracos graus de territorialização, adscrição, vínculo, continuidade e trabalho em equipe).

Ainda no que se refere às modalidades de organização da AB, entende-se que os elementos de maior centralidade na orientação para uma APS abrangente e integral são os atributos e diretrizes, não apenas os formatos, mas há diferentes chances de sucesso da APS segundo a composição e processo de

trabalho das suas equipes. Nesse sentido, tal como ocorreu na PNAB de 2011, que previu a criação de equipes fluviais e consultórios na rua organizados e com funcionamento diverso das equipes de saúde da família habituais, a diversidade de formatos de APS não é algo negativo *a priori*, sobretudo quando elas visam responder às necessidades de territórios e grupos populacionais específicos. Entretanto, a última mudança da PNAB não foi acompanhada por uma discussão ampla e consistente nesse sentido, além de se colocar em uma conjuntura econômica e política muito arriscada. Equipes com profissionais de 10 horas, por exemplo, como na composição trazida pela PNAB 2017, são estruturalmente muito diferentes de equipes com profissionais de 30 ou 40 horas e necessariamente multiprofissionais. Ainda que a carga horária não seja determinante último da lógica e dos efeitos do trabalho, tendem a produzir e a condicionar responsabilizações e pertencimentos distintos. Da mesma forma, trabalhar em comunidades com marcante vulnerabilidade social tendo na equipe figuras como os ACS pode ser muito diferente de fazê-lo sem tal ator ou com presença escassa deste.

Destaca-se ainda o tema dos ACS, pois, de um lado, observa-se a relevância política dessa categoria (evidenciada pela aprovação de suas leis no congresso nacional e também por usos eleitorais dos ACS nos espaços municipais) e, de outro lado, alterações no trabalho dos ACS decorrentes da mudança do seu perfil de escolaridade e formação, da progressiva transformação em profissão, das mudanças no escopo de ações e ofertas das EqSF e do perfil demográfico e epidemiológico da população geral. Esses elementos indicam fortemente a necessidade de aprofundar o debate sobre o ACS nos tempos atuais, em um movimento orientado pelas necessidades dos usuários, pelo fortalecimento da APS e pelo desenvolvimento profissional do ACS, não isento de tensões e de riscos. Por sua vez, a diminuição do número mínimo de ACS por ESF e as iniciativas nacionais de

formação em técnicos de enfermagem para os ACS, se concretizadas, tendem a modificar fortemente o perfil e as competências dos ACS nos próximos anos, com impactos sobre os modos de organização da ESF^{29,30}.

No processo de revisão da PNAB de 2017, os gestores municipais tiveram um protagonismo destacado, acompanhando uma tendência observada em outras pautas do mesmo período, tais como a revisão dos blocos de financiamento. É sabido que os municípios tiveram papel central na agenda de descentralização da saúde nos anos 1990 (sobretudo com a municipalização), sendo a ESF um revelador desse processo³¹. Ao mesmo tempo que o pleito por mais financiamento da saúde esteve na pauta dos gestores municipais ao longo das décadas de implantação do SUS, os municípios foram se tornando um dos grandes responsáveis pela sustentação financeira do SUS, ainda que a participação federal continue sendo insuficiente, porém muito relevante³¹. Esse processo, aliado à cultura vertical e fragmentada do MS, à diversidade do País e à atuação dos órgãos de controle e de justiça, parece explicar, em parte, o discurso por mais autonomia bastante presente na agenda do Conasems. Entretanto, a reivindicação histórica e legítima dos gestores municipais por mais autonomia talvez deva ser reinterpretada no contexto atual, à luz do cenário de agravamento do subfinanciamento, colocando em exame a direção que a ampliação da autonomia pode seguir, bem como o comportamento das diferentes forças locais diante das flexibilizações aportadas. Assim, questiona-se o quanto áreas ainda pouco legitimadas socialmente, como a AB e a vigilância em saúde, quando comparadas com o imaginário do consumo de ações e serviços médicos de urgência e especializados, tornar-se-ão mais vulneráveis a partir dessas medidas.

Na agenda de revisão da PNAB, houve uma clara divisão, colocando, grosso modo, de um lado, o mundo dos gestores formais e, de outro, parte significativa dos atores não

governamentais que fazem controle e participação social no SUS. Nessa disputa, venceram os gestores, contribuindo para ampliar a cisão entre segmentos historicamente relevantes na construção do SUS³².

Por fim, um dos elementos importantes a estudar em uma política são os problemas reconhecidos e enfrentados por ela. No caso em questão, poderiam ser um conjunto de desafios e nós críticos da AB, tais como a insuficiente legitimidade social, o baixo grau de coordenação de cuidado e integração com os demais serviços das redes de atenção, a necessidade de melhorar o acesso e os modos de cuidar nas unidades de saúde, a necessidade de formar, prover e fixar bons profissionais na APS, a superação do subfinanciamento, entre outros. Os dispositivos mais efetivos da PNAB de 2017 e seus desdobramentos e iniciativas colaterais não dialogam consistentemente com tais desafios. Apenas a título indicativo, o eixo ‘formação’ do PMM, aprovado em lei (com reorientação da graduação e da residência médicas), estratégico para a AB, não está na agenda dos gestores do SUS. Nem mesmo a luta por mais financiamento para o SUS parece ser mais uma agenda tripartite central. Se políticas buscam atender a ‘urgências’, é importante indagar e colocar em análise a que urgências a PNAB de 2017 buscou responder, bem como acompanhar sua trajetória, apropriações e efeitos.

Considerações finais

A recente mudança da PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma

conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais. Se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal. Se tentarmos configurar uma ‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento. A concentração de poder nos gestores formais do SUS nesse processo evidencia também que a gestão governamental tripartite do SUS não tem tido seu poder de fogo contrabalanceado pela sociedade civil e pelos trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS, em um cenário em que esta grande política pública tem sua existência gravemente ameaçada.

Colaboradores

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR e Andrade CGL contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Colet*. 2010 maio; 15(5):2307-2316.
2. Merhy EE, Franco TB. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, et al., organizadores. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
3. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas pela Infância. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 [internet]. Brasília, DF: Unicef; 1979 [acesso em 2018 maio 25]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/924180001L_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington, DC: OPAS; 2008.
6. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*. 2005; 15(sup):225-264.
7. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012. p. 493-545.
8. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cobertura da atenção básica*. 2017 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.
10. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am. J. Public Health*. 2011 out; 101(10):1963-1970.
11. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *J. Ambul. Care Manage*. 2011; 34(4):326-338.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. *Diário Oficial da União*. 30 Dez 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. *Diário Oficial da União*. 26 Mar 2006.
14. Pinto H, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulg. saúde debate*. 2014 out; 51:43-57.
15. Pinto HA, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica [internet]. Brasília, DF: Abrasco; 2012 [acesso em 2018 maio 4]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>.
16. Campos GWS, Pereira Júnior N. A atenção primária e o programa mais médicos do sistema único de saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2655-2663.
17. Mendes A, Marques RM. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no sis-

- tema único de saúde. *Saúde debate*. 2014 out-dez; 38(103):900-916.
18. Brasil. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. *Diário Oficial da União*. 18 Jun 2014.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.392, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 set. 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 14 dez 2017.
 20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Dez 2016.
 21. Lenhardt G, Offe C. Teoria do Estado e política social. In: Offe C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. p. 10-53.
 22. Menicucci TMG. Prefácio. In: Machado CV, Baptista TW, Lima LD. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
 23. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
 26. Reis V. *Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da política nacional de atenção básica [internet]*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2018 maio 12]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
 27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Nota conjunta Conasems e Conass sobre a reformulação PNAB [internet]* Brasília, DF: Conass; Conasems; 2017 [acesso em 2018 maio 17]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-pnab/>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação nº 035 de 11 de agosto de 2017. Sobre a revisão da política nacional de atenção básica (PNAB)*. Reunião nº 296. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 83 de 10 de janeiro de 2018. Institui o programa de formação técnica para agentes de saúde – Profags. *Diário Oficial da União*. 12 Jan 2018.
 30. Morosini MV, Fonseca A. Revisão da política nacional de atenção básica numa hora dessas? *Cad Saúde Pública*. 2017 dez; 33(1):e00206316.
 31. Castro AL, Lima LD, Machado CV. Financiamento da atenção básica no SUS. *Rede de Pesquisa em APS/Abrasco*. In: *Seminário Preparatório ao 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2018 mar 20. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2018.
 32. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Colet*. 2007 mar-abr; 12(2):301-306.

Recebido em: 29/05/2018

Aprovado em: 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB

Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB

Juliana Gagno Lima¹, Ligia Giovanella², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³, Aylene Bousquat⁴, Edcarlos Vasconcelos da Silva⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S104

¹Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), Instituto de Saúde Coletiva (Isco) – Santarém (PA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
julianagagno@yahoo.com.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>
giovanel@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>
aylenebousquat@gmail.com

⁵Universidade Federal do Amapá (Unifap), Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas – Oiapoque (AP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8989-8843>
edcarlosvasconcellos@hotmail.com

RESUMO A concepção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e sua qualidade podem ser avaliadas por meio da efetivação dos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação. O artigo teve por objetivo analisar a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando-se os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre os ciclos 1 e 2. Estudo quantitativo, com identificação das equipes participantes dos dois ciclos e operacionalização dos atributos da APS por meio da seleção de variáveis PMAQ-AB pertinentes a cada atributo. Foram comparados os resultados nacionais de 12.680 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15.668 equipes e 58.517 usuários. Apenas parte dos atributos apresentou melhorias do ciclo 1 para o ciclo 2. Os melhores resultados foram primeiro contato e integralidade, confirmando gradual constituição da UBS como serviço de porta de entrada acessível, com escopo diversificado de ações, ainda que insuficientes. Os atributos com pior avaliação foram longitudinalidade, com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente; e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e insuficientes registros compartilhados.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Acesso. Integralidade.

ABSTRACT The concept of a comprehensive Primary Health Care (PHC) and its quality can be evaluated by the effectiveness of the following attributes: first contact service, longitudinality, comprehensiveness and coordination. The objective of this article is to analyze the effectiveness of PHC attributes in team practice from the perspective of professionals and users, comparing the results of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB), between cycles 1 and 2. Quantitative study, with identification of the teams participating in the two cycles and operationalization of the PHS attributes through the selection of PMAQ-AB variables relevant to each attribute. We compared the national results of 12.680 Basic Health Units, 15.668 teams and 58.517 users. Some attributes improved from cycle 1 to cycle 2. The best results were first contact and comprehensiveness, confirming the gradual constitution of the Basic Health Units as an accessible first contact service, with a diversified scope of actions, although insufficient. The attributes with worse evaluation were longitudinality, with low continuity and quality of the professional-patient relationship; and coordination, due to difficulties of access to specialized care and insufficient shared records.

KEYWORDS Primary Health Care. Accessibility. Comprehensiveness.



Introdução

Nas últimas décadas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido revitalizada, haja vista sua centralidade para a melhoria dos cuidados e dos resultados em saúde. Estudos internacionais apontam que a APS forte e articulada a outros níveis de atenção em sistemas universais contribui para impactos positivos na saúde da população. São eles: maior e melhor acesso aos serviços de acordo com a necessidade; maior enfoque em prevenção e promoção; redução da mortalidade; maior qualidade no atendimento; diagnóstico e tratamento precoce de doenças; redução de procedimentos especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais¹.

A APS abrangente ou integral é fundamentada na compreensão da saúde como direito e está relacionada com os processos de desenvolvimento social e da determinação social da doença². Um dos pontos centrais dessa perspectiva é a integração da APS ao sistema de saúde para a garantia do cuidado integral, acesso e cobertura universal com base em necessidades em saúde da população.

A concepção de APS abrangente pode ser operacionalizada com foco na discussão da qualidade da atenção, considerando quatro atributos essenciais para sua avaliação: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação³. No Brasil, a concepção de APS abrangente está presente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴.

Desde a implantação do SUS, o acesso à Atenção Básica (AB) foi expandido, sendo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) preconizou um novo modelo assistencial para APS no País. Esse processo demandou a avaliação dos serviços ofertados à população com vistas a fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção. A indução de políticas do governo federal para a reorientação do modelo de organização da atenção foi marcada por esforços no sentido de fortalecer as estratégias de monitoramento e avaliação da AB⁵.

Em 2011, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) implementou o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁶. Trata-se de um programa gerencial que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços de APS. Até o momento, já foram realizados dois ciclos de avaliação (2011/2012 e 2013/2014) e iniciado o terceiro ciclo avaliativo (2017/2018).

O estudo dos atributos e da qualidade da APS reforça a necessidade de qualificação dos profissionais e da organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e, conseqüentemente, dos resultados de saúde³.

O PMAQ-AB não tem seus instrumentos organizados a partir de atributos da APS, como acontece no PCATool (Primary Care Assessment Tool), que consiste em um conjunto de ferramentas de pesquisa para a avaliação dos serviços de APS, adotado mundialmente e com questionário adaptado para o Brasil. Estudos com base no PCATool apontam que alto desempenho das equipes está associado com maior qualidade do cuidado para problemas de saúde de alta prevalência, como, por exemplo, as doenças crônicas^{7,8}.

Destarte, este artigo visa analisar a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando-se os resultados do PMAQ-AB, ciclos 1 e 2. O artigo focaliza a análise dos atributos essenciais da APS na atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF), observando-se modificações e permanências no instrumento ao longo dos anos de 2012 e 2014.

Metodologia

A pesquisa consiste em estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, baseado em dados secundários de acesso público dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB

(2011/2012 e 2013/2014 respectivamente). Os bancos de dados do ciclo 1 e ciclo 2 estão disponibilizados no site do DAB/MS.

Embora os instrumentos utilizados para a coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB não estejam organizados a partir dos atributos definidos por Starfield³ para a qualificação da APS, buscou-se estabelecer uma correspondência entre questões selecionadas do PMAQ-AB e os atributos de qualidade da APS descritos pela autora.

Para a seleção das variáveis do PMAQ-AB, realizou-se uma busca e seleção nos instrumentos do Programa, das variáveis correspondentes aos componentes envolvidos com cada atributo. Essa seleção foi realizada pela equipe da Pesquisa Regiões e Redes – Dimensão APS (resbr.net.br). Buscou-se examinar a efetivação de cada atributo da APS de acordo com as respostas dos profissionais e dos usuários. Foram analisadas a pertinência, de acordo com a concepção de cada atributo, e uma tabulação preliminar dos bancos de dados, identificando-se a disponibilidade e a qualidade dos dados das variáveis pré-selecionadas do questionário. Entende-se variável aqui por cada resposta do instrumento utilizada, ou seja, uma mesma pergunta do instrumento pode gerar uma ou mais variáveis.

Os atributos essenciais da APS, a partir da revisão de literatura e análise de metodologias que avaliam esses atributos, foram operacionalizados em componentes considerando-se também a disponibilidade das variáveis do instrumento PMAQ-AB.

A fim de facilitar uma visualização de possíveis mudanças nos resultados entre um ciclo e outro, foram comparados os resultados do ciclo 1 e ciclo 2, utilizando-se, para tal, as mesmas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes participantes de ambos os ciclos, totalizando em comum: 12.860 UBS e 15.668 EqSF. Para análise das respostas dos usuários, foram ‘selecionados’ aqueles correspondentes às equipes que participaram dos dois ciclos, sendo 58.517 usuários do ciclo 1 e 59.763 usuários do ciclo 2 das EqSF.

Para o estudo, a análise estatística foi realizada a partir do Teste de Qui-Quadrado para proporções esperadas iguais para uma amostra com variável nominal. Este consiste em um teste de aderência e é empregado para avaliar se os escores observados e os esperados (calculados) são iguais. Assim, pôde-se avaliar se há diferenças de proporções entre os que responderam ‘sim’ no primeiro ciclo da pesquisa PMAQ e os que responderam ‘sim’ no segundo ciclo com as seguintes hipóteses de teste:

- H0 – As proporções entre os que responderam ‘sim’ do primeiro e os que responderam ‘sim’ no segundo ciclo do PMAQ são iguais.
- H1 – As proporções entre os que responderam ‘sim’ do primeiro e os que responderam ‘sim’ no segundo ciclo do PMAQ são diferentes e estatisticamente significativas.

Valores de p-valor abaixo de 0.05 foram considerados estatisticamente significativos. Os dados foram analisados pelo programa Bioestat versão 5.3, *software free*.

A partir dos resultados nacionais das variáveis selecionadas do PMAQ-AB, buscou-se identificar resultados superiores, inferiores ou mantidos sobre os atributos da APS, nos dois ciclos da avaliação externa (2012 e 2014), tendo seus resultados expostos por atributo e considerando-se apenas variáveis compatíveis entre os ciclos. O questionário do PMAQ-AB vem sendo revisado a cada ciclo, e variáveis são excluídas, reformuladas e introduzidas.

Pôde-se sintetizar os conceitos dos atributos essenciais, conforme abaixo:

- Primeiro contato: serviços de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, procurados cada vez que os usuários necessitam de atenção para um problema de saúde, seja ele novo ou rotineiro. A APS deve cumprir um papel de serviço de procura regular e exercer função de filtro

para acesso aos demais equipamentos da rede de atenção à saúde^{3,9}.

- Longitudinalidade: responsabilidade da equipe pelo usuário ao longo da vida, através da qual a APS cumpre sua função de fonte regular de cuidados por meio da organização do serviço e do fortalecimento da relação entre profissional e paciente^{3,10}.
- Abrangência/Integralidade: capacidade do serviço em reconhecer as necessidades do paciente e ofertar recursos diversificados para uma abordagem resolutiva no âmbito da AB. Envolve o elenco de ações dos serviços e se a forma como esses serviços são prestados são capazes de atender às necessidades da população³.
- Coordenação: capacidade de os prestadores de atenção primária coordenarem o uso de serviços no território e em outros níveis de atenção para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas e garantir continuidade assistencial⁹. Relaciona-se com a continuidade da atenção entre profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, ao acompanhamento dos casos clínicos por meio de ferramentas de informação e comunicação e à existência de referências/fluxos entre os serviços¹¹.

Resultados e discussão

A *tabela 1* apresenta os indicadores PMAQ-AB de primeiro contato, nas dimensões horário de funcionamento, acolhimento e agendamento de consultas na AB. Os resultados das variáveis referentes ao horário de funcionamento apresentaram elevação na quantidade de dias, porém com redução na quantidade de horas por dia. A implantação do acolhimento (de 80,9% para 97,6%) e reserva de vagas para atendimento no mesmo dia (de 64,9% para 88,1%) tiveram resultados

ampliados. Já nos indicadores sobre agendamento de consulta, o ponto positivo é que reduziu a proporção de usuários que, para marcar consulta, precisam fazer fila e pegar ficha antes da UBS abrir. Todavia, observou-se redução de UBS que realizam a marcação de consultas todos os dias da semana (de 55,2% em 2012 para 47,0% em 2014).

Os dias e horários de funcionamento das UBS apresentaram-se adequados, assim como a implantação do acolhimento. Vale a reflexão, contudo, sobre a qualidade desse acolhimento, visto que foram identificadas importantes dificuldades na marcação de consultas na AB, sendo necessário pegar ficha ou comparecer à UBS em horários específicos para marcação de consultas. Houve uma melhora entre os resultados do ciclo 1 e ciclo 2 no atributo primeiro contato, porém, a dificuldade de agendamento de consulta na AB em qualquer dia da semana se mantém como uma importante barreira organizacional de acesso.

Estudos mostram haver diferenças em relação à acessibilidade temporal nas UBS. O modelo padrão de funcionamento das UBS no horário das 8h às 17h aparece como frequente nos municípios de grande porte e limitante para o acesso da população de trabalhadores¹².

Apesar de avanços para a ampliação do acesso dos serviços da APS, observa-se desafios para a operacionalização e qualificação do acolhimento, como: ausência de articulação em redes integradas, excesso de demandas de atendimento, ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para organização do processo de trabalho em saúde¹³. Um serviço pode ser acessível quanto ao horário de funcionamento e localização, mas possuir barreiras organizacionais, como, por exemplo, baixa implantação do acolhimento ou baixa qualidade desse acolhimento, tanto por carência de profissionais capacitados para a classificação de risco e vulnerabilidade quanto pela lógica de organização desse acolhimento.

Barreiras organizacionais para o acesso constituem-se em problema ainda presente

nas UBS brasileiras, inclusive a partir da percepção dos usuários. O modelo tradicional de organização da recepção, com fichas e filas, gera, na experiência de quem usa os serviços de AB, a disputa de vagas de atendimento e o incentivo a ‘dormir na fila’ para tentar o acesso à consulta¹⁴. É preciso repensar o

modelo tradicional de organização do acesso nas UBS brasileiras, se o objetivo for a ampliação do acesso e da resolutividade na AB, por exemplo, com a adoção de ferramentas, como telefone e internet, para facilitar a marcação de consultas e potencializar o vínculo UBS-usuário.

Tabela 1. Primeiro Contato: indicadores por dimensão - comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2012 e 2014

Indicadores	Brasil Ciclo 1		Brasil Ciclo 2		Valor de p
	n	%	n	%	
Horário de funcionamento					
UBS funcionam 5 ou mais dias na semana ¹	12050	93,7	12653	97,8	<0,001
UBS funcionam 8 horas/dia ou mais ¹	11438	88,9	10557	81,6	<0,001
Acolhimento e Agendamento de consultas na AB					
Acolhimento implantado na UBS ²	12690	80,9	15299	97,6	<0,001
Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia ²	10177	64,9	13800	88,1	<0,001
Usuários podem marcar consultas todos os dias da semana ³	32283	55,2	28081	47,0	<0,001
Para marcar consulta, usuários vão à UBS e, para pegar ficha, é necessário fazer fila antes da UBS abrir ³	17879	30,6	14583	24,4	<0,001

Fontes: Banco PMAQ-AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. Banco PMAQ-AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

* Variável que admite múltiplas respostas.

¹: N de UBS: 12.860;

²: N de EqSF: 15.668;

³: N de usuários: 58.517 (ciclo1) e 59.763 (ciclo2).

Na *tabela 2*, são apresentados os indicadores PMAQ-AB de longitudinalidade, nas dimensões continuidade da relação profissional-paciente e qualidade da relação profissional-paciente (vínculo).

Na continuidade da relação profissional-paciente, observaram-se resultados inferiores no ciclo 2 para a maior parte das variáveis. O único resultado superior encontrado no ciclo 2 foi o usuário ser sempre atendido pelo mesmo enfermeiro na UBS, de 57,9% para 61,6% (*tabela 2*). A continuidade da relação profissional-paciente mostrou baixos resultados em ambos os ciclos. Os indicadores de vínculo apresentaram

leve melhora principalmente quanto ao usuário sentir-se à vontade em conversar com a equipe, contudo, ainda demandando preocupação.

Para a qualidade da relação profissional-paciente (vínculo), observaram-se resultados superiores no ciclo 2 nos indicadores sobre tempo de consulta e no indicador ‘Usuário se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais e familiares’. Todavia, é importante observar que, em ambos os ciclos, apenas 63% dos usuários conseguem tirar dúvidas após as consultas; e cerca de 60% se sentem à vontade para falar sobre suas questões,

resultados que ainda demandam de melhorias para o fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde.

Em síntese, para o atributo longitudinalidade, os resultados são, em geral, insatisfatórios, especialmente para a continuidade da relação profissional-paciente, mas também inadequados para a qualidade da relação profissional-paciente. Os resultados mais negativos se referiram ao tempo de atuação do profissional na equipe e à busca ativa dos profissionais no caso de abandono de tratamento. No entanto, o tempo das consultas (médico e enfermeiro) para o usuário falar sobre suas preocupações apresentou resultados satisfatórios. Melhorias são necessárias para a efetivação da longitudinalidade, que variam desde fatores da organização do serviço – como busca ativa, visita domiciliar de puericultura e construção da relação profissional-paciente, resultando em acessibilidade ao profissional após a consulta – até questões mais abrangentes – como a fixação de profissionais e despersonalização das relações de trabalho.

Uma gama de estudos tem associado a continuidade do cuidado e APS como fonte regular de cuidados a resultados positivos mais amplos, como a diminuição de internações e maior satisfação do paciente¹⁵⁻¹⁷.

Dois elementos principais que constituem a qualidade da assistência, o técnico e o interpessoal, estão inter-relacionados. Uma melhor comunicação e relação entre médicos e pacientes favoreceria a qualidade técnica da atenção prestada ao usuário¹⁸. A confiança no médico aumenta se o acompanhamento do usuário for feito pelo mesmo profissional de saúde ao longo do tempo, assim como a adesão do tratamento é fortalecida¹⁹. Essas são expressões do atributo vínculo longitudinal nos serviços de APS²⁰.

Outro ponto relevante é que um maior tempo de consulta está relacionado com uma melhor qualidade do atendimento, envolvendo melhor

explicação do problema e das solicitações diagnósticas e maior preocupação do médico sobre a compreensão do paciente²¹.

A seleção de parte dos indicadores da *tabela 2* se baseia na evidência que a longitudinalidade envolve pré-condições como uma oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação de profissionais^{20,22}. Entende-se que uma menor rotatividade dos profissionais e maior tempo de atuação na equipe pode indicar maior possibilidade de relação interpessoal desses profissionais com os usuários. Contudo, um dos resultados contundentes demonstra que menos da metade dos profissionais respondentes do PMAQ-AB estão nas equipes três anos ou mais.

A rotatividade profissional na ESF pode estar associada com diferentes aspectos. Alguns deles são: quanto mais tempo de formado, menor a rotatividade profissional; quanto maior a distância da UBS do local de moradia do profissional, maior a rotatividade; quanto menor a percepção de capacitação para o serviço, maior a rotatividade de profissionais²³. São aspectos da AB que influenciam de maneira positiva a continuidade da relação profissional-paciente e que estão relacionados com a maior satisfação do profissional no desempenho do trabalho.

Estudo sobre a relação do Programa Mais Médicos (PMM) e PCATool nas cinco regiões do Brasil identificou que os escores em todos os atributos foram favoráveis, com exceção do primeiro contato. O autor discute que uma importante contribuição para tal resultado foi a formação em medicina de família e comunidade em 100% dos médicos cubanos entrevistados, além da média de 5 anos de experiência de atuação²⁴. Tal estudo retoma a importância e necessidade de avanços estruturais na APS, como formação na área, infraestrutura adequada e plano de carreira SUS.

Tabela 2. Longitudinalidade: indicadores por dimensão – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2012 e 2014

Indicadores	Brasil Ciclo 1		Brasil Ciclo 2		Valor de p
	n	%	n	%	
Continuidade da relação profissional-paciente					
Profissional atua 3 anos ou mais em sua equipe ¹	6856	43,7	5949	38,0	<0,001
Usuário 'sempre' é atendido pelo mesmo médico ²	37848	64,7	35631	59,6	<0,001
Usuário 'sempre' é atendido pelo mesmo enfermeiro ²	33859	57,9	36823	61,6	<0,001
Quando o usuário interrompe o tratamento por algum motivo ou não comparece à consulta na UBS, os profissionais o procura para saber o que aconteceu e retomar atendimento ³	12592	43,1	9562	36,1	<0,001
Usuário responde que a equipe fez uma visita à criança com até 7 dias de vida ⁴	5055	64,3	3879	57,6	<0,001
Qualidade da relação profissional-paciente (vínculo)					
Usuário avalia que o médico deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas ²	45899	78,4	49087	82,1	<0,001
Usuário avalia que enfermeiro deixa tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas ²	43582	74,5	49709	83,2	<0,001
Usuário sempre se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões ²	32188	55,0	40486	67,7	<0,001
Quando usuário precisa tirar dúvidas após as consultas, sempre tem facilidade para falar com profissional que lhe atendeu ⁵	26906	63,0	26903	63,7	=0,993

Fontes: Banco PMAQ-AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. Banco PMAQ-AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

¹: N de EqSF: 15.668;

²: N de usuários: 58.517 (ciclo1) e 59.763 (ciclo2);

³: N de usuários que alguma vez interrompeu o tratamento ou faltou a consulta: 29.207 (ciclo1) e 26.512 (ciclo2);

⁴: N de usuárias com crianças até 24 meses: 7.861 (ciclo1) e 6.728 (ciclo2);

⁵: N de usuários que alguma vez precisou tirar dúvidas: 42.710 (ciclo1) e 42.193 (ciclo2).

Na *tabela 3*, são apresentados os indicadores selecionados para aferir a abrangência/integralidade, nas dimensões serviços realizados/escopo de ações e resolutividade.

Em relação ao escopo de ações, observam-se alguns resultados superiores no ciclo 2, que se referem às consultas de médicos, realização pelas usuárias de pré-natal na UBS (de 70,6% para 77,2%) e realização do procedimento sutura de ferimentos. Contudo, percebem-se valores inferiores no ciclo 2 quanto à realização pelos usuários da maioria de consultas de hipertensão e diabetes na UBS.

A resolutividade, relacionada com a ampliação do apoio às equipes por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (de 56,1% para 61,0%) e Centro de Atenção Psicossocial

(Caps) (de 47,7% para 63,8%), foi fortalecida, contudo, ainda insuficiente para todo o conjunto de respostas que a APS precisa oferecer ante a complexidade dos processos saúde-doença.

O apoio matricial e do Caps tem-se estruturado aos poucos no Brasil, com melhorias na qualidade da AB²⁵. Desde sua implantação, são observados os avanços do Nasf por meio de ações como educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Entretanto, extremamente desiguais de acordo com as regiões do País²⁴.

A ampliação do escopo de ações realizadas (consultas e procedimentos) foi paralela

à redução no acompanhamento a programas específicos, aqui exemplificado pelo hiperdida. É importante destacar que a experiência dos usuários foi menos valorizada no instrumento do ciclo 2, fator que precisaria de uma revisão para o próximo ciclo. O apoio do Nasf e Caps às equipes, apesar de melhorado, contempla pouco mais da metade das equipes. Ou seja, as unidades de atenção básica necessitam ampliar seu escopo de atuação, disponibilizando mais serviços não apenas para atender às necessidades de saúde da população, mas também para qualificar o acompanhamento de grupos prioritários, em especial, o cuidado das pessoas com doenças crônicas.

Tendo em conta os diferentes sentidos da integralidade, é importante destacar que, para a análise do atributo abrangência/integralidade, foram selecionadas apenas condições objetivas de organização do serviço e percepção dos usuários³. Não se extrapolou para outras noções de integralidade como, por exemplo, uma abordagem integral do indivíduo²⁶; ou a integração dos serviços por meio de redes assistenciais²⁷.

Estudo sobre experiências dos usuários apontou, como sugestões feitas pelos usuários: a ampliação da oferta de profissionais e serviços, a maior disponibilidade de medicamentos, a ampliação da oferta de exames, implantação do serviço de urgência/emergência e aumento de realização de visitas domiciliares²⁸.

A oferta de consultas odontológicas nas equipes de AB ocorre em menos de 80% das UBS, o que pode ser atribuído tanto à falta

do profissional quanto à falta de equipamentos e insumos, mas, principalmente, ao fato de que existe uma relação (média) nacional de uma equipe de saúde bucal para cada duas EqSF, dificultando o acesso da população aos atendimentos odontológicos. Estudo com resultados específicos de saúde bucal nas UBS mostrou que menos da metade dos usuários entrevistados referiram conseguir marcar consulta com odontólogo nas UBS brasileiras²⁹.

Nos grupos prioritários de cuidado continuado, como pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e pré-natal, observou-se que cerca de 20% a 25% de usuários não fizeram as consultas na UBS nos últimos seis meses. Considerando o atributo de primeiro contato em que o horário de funcionamento atende às necessidades, talvez o que justifique esse resultado sejam obstáculos organizacionais e de infraestrutura.

No Brasil, a maior parte das UBS não dispõe de condições estruturais para realização das ações que se espera que a AB desenvolva. Mesmo para a realização de um conjunto de serviços mínimos – consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia e vacinação –, as estruturas estão muito aquém do necessário³⁰.

Outros pontos importantes de observação para analisar a integralidade seria a dispensação de medicamentos, realização de exames e de procedimentos, pontos não aprofundados nesse estudo.

Tabela 3. Integralidade: indicadores por dimensão - comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2012 e 2014

Indicadores	Brasil Ciclo 1		Brasil Ciclo 2		Valor de p
	n	%	n	%	
Serviços realizados/ escopo de ações					
UBS ofertam consultas médicas ¹	11797	91,7	12653	97,8	<0,001
UBS ofertam consultas de enfermagem ¹	12492	97,1	12847	99,3	=0,026
UBS ofertam consultas odontológicas ¹	9927	77,2	10118	78,2	=0,179
UBS ofertam vacinação ¹	10974	85,3	10997	85,0	=0,882
Usuárias fizeram a maioria das consultas de pré-natal na UBS ²	5479	70,6	5196	77,2	=0,006
Usuários fizeram a maioria das consultas de diabetes na UBS nos últimos 6 meses ³	5637	87,3	6865	82,9	<0,001
Usuários fizeram a maioria das consultas de HAS na UBS nos últimos 6 meses ⁴	16070	87,8	17996	78,6	<0,001
Equipe realiza procedimento de sutura de ferimentos ⁵	5355	34,2	6967	44,5	<0,001
Resolutividade					
Equipe recebe apoio do Nasf ⁵	8790	56,1	9554	61,0	<0,001
Equipe recebe apoio do Caps ⁵	7474	47,7	10002	63,8	<0,001

Fontes: Banco PMAQ-AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. Banco PMAQ-AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

¹: N de UBS: 12.860;

²: N de usuárias com crianças até 24 meses: 7.758 (ciclo1) e 6.728 (ciclo 2);

³: N de usuários com diabetes: 6.459 (ciclo 1) e 8.276 (ciclo 2);

⁴: N de usuários com hipertensão: 18.306 (ciclo 1) e 22.880 (ciclo 2);

⁵: N de EqSF: 15.668.

Na *tabela 4*, são apresentados os indicadores PMAQ-AB de coordenação, nas dimensões função de *gatekeeper* e acesso a serviços especializados; e continuidade informacional.

Na comparação entre os dois ciclos, os resultados foram diversificados. Na dimensão função de *gatekeeper* e acesso a serviços especializados, manteve-se a proporção de equipes que afirmaram que a consulta especializada é marcada pela UBS e depois informada ao usuário (cerca de 60%), mas aumentou o número de equipes que afirmaram que os usuários já saem com a consulta agendada (26,4% para 31,4%). Pelos resultados encontrados, houve aumento estatisticamente significativo em todas as formas de marcação (comparando ciclo 1 com ciclo 2). É nítida a necessidade de melhora na responsabilidade de marcação de consulta pela UBS, pois apenas cerca de metade dos usuários

informou que a UBS marca consulta especializada. Negativamente, fica a observação do aumento de usuários que recebem ficha para ‘algum’ (indeterminado) serviço especializado (3,1% para 13,7%). Vale destacar também que a referida pergunta admitia múltiplas respostas, e isso foi um fator que dificultou a análise.

Observou-se melhora na continuidade informacional: registros de usuários com hipertensão de maior risco (49,3% para 60,3%) e na quantidade de equipes com implantação do prontuário eletrônico (11,5% para 14,2%), possivelmente relacionado pela indução do Ministério da Saúde da estratégia e-SUS AB nos municípios.

O atributo da coordenação apresentou os piores resultados entre os demais atributos, indicando dificuldades de acesso dos usuários às consultas especializadas, baixa integração

entre os serviços da rede e necessidade de qualificação dos registros como mecanismo institucionalizado para coordenar esse acesso dos usuários aos serviços que necessitam. Um exemplo, tanto na perspectiva dos profissionais como dos usuários, são os baixos percentuais de UBS que se responsabilizam pela marcação de consultas especializadas.

Diferentes estudos sobre o tema, em especial, nas reformas pró-coordenação nos países europeus, mostram ser a coordenação uma preocupação crescente, assim como o avanço de medidas para melhorar a coordenação do cuidado em países com serviços nacionais de saúde com função de *gatekeeper* exercida pela APS³¹. É perceptível uma maior coordenação e integração da APS no sistema de saúde, em que os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados em um sistema de saúde de acesso universal e a atenção individual é garantida em todos os níveis de atenção à saúde^{32,33}.

Já no caso brasileiro, diversos estudos encontraram deficiência na função de coordenação pela APS^{12,11,34-36}.

Para que a AB avance no sentido da oferta de cuidados continuados, é preciso investir nos mecanismos de integração e na melhoria da comunicação entre os serviços e entre profissionais da AB e da Atenção Especializada (AE). Estratégias de integração, tais como gestão de casos, gestão de lista de espera, revisão do prontuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação, são estratégias potentes de coordenação que podem contribuir para o fortalecimento da função de filtro da APS²⁷. Ademais, é necessário articular a prática da APS no cenário regional, ganhando escala e potencialidades, como forma de garantir um sistema de saúde menos fragmentado.

A articulação entre serviços e ações para uma prestação de cuidado mais integral e sincronizada pode ser potencializada por estratégias de integração da rede e investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)³⁷. A implantação das TIC é precária, assim como a continuidade informacional entre AB e AE, por exemplo,

por meio de prontuário eletrônico compartilhado, é muito baixa em todo o País.

Experiências isoladas nacionalmente, como a do município de Curitiba, mostram bons resultados para o atributo da coordenação do cuidado. Em relação ao sistema de informação, refletem os investimentos feitos pelo município no sistema informatizado, tanto para resultados de exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados on-line no prontuário como na operacionalização da marcação de consultas especializadas³⁸.

Cabe ressaltar a importância de profissionais qualificados também para exercer a função de filtro para o acesso aos serviços especializados. A qualificação dos profissionais pode evitar a burocratização excessiva (busca do profissional da AB somente para encaminhamentos) e o aumento (e excesso) do número de encaminhamentos aos serviços especializados³⁹.

Problemas relacionados com a integração entre níveis – tais como a falta de integração e comunicação entre diferentes prestadores e a insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar – refletem a limitação da gestão municipal de, isoladamente, responder pelo conjunto de ações próprias da APS e a necessidade de articulação regional^{11,36}. Ainda que alguns avanços para melhorar a integração da rede sejam observados – como estruturas regulatórias nas secretarias municipais e nas UBS com descentralização de funções para o nível local, organização dos fluxos, prontuários eletrônicos e ampliação da oferta de serviços especializados municipais –, são mecanismos insuficientes e que apenas minimizam os efeitos da fragmentação do sistema de saúde brasileiro.

Vale destacar que o atributo da coordenação foi um dos que possibilitaram menor comparabilidade entre ciclos 1 e 2, devido a mudanças no instrumento. Elementos centrais, como contato institucionalizado entre profissionais da rede de atenção e referências de encaminhamento, foram excluídos do novo instrumento. Algumas variáveis se dispersaram no instrumento do ciclo 2 para especificidades dos questionários da saúde bucal ou Nasf.

Tabela 4. Coordenação: indicadores por dimensão – comparação entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Brasil, 2012 e 2014

Indicadores	Brasil Ciclo 1		Brasil Ciclo 2		Valor de p
	n	%	n	%	
Função de gatekeeper e acesso a serviços especializados					
Quando o usuário necessita ser encaminhado para consulta especializada*:					
A consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	9661	61,6	9442	60,3	p=0.1147
O usuário já sai da UBS com a consulta agendada	4136	26,4	4918	31,4	p<0.0001
<i>NEqAB</i>	15668				
Usuários quando são atendidos na UBS e necessitam ser encaminhados para outros profissionais ou especialistas*:					
Saem da UBS com a consulta agendada	5479	12,9	5830	16,9	p<0.0001
A consulta é marcada pela UBS e depois informada ao usuário	19738	46,5	15878	46,0	p<0.0001
A consulta é marcada por usuário na central de marcação	5976	14,1	5606	16,2	p<0.0001
Recebem ficha de referência para profissional/serviço especializado determinado	7815	18,4	9290	26,9	p<0.0001
Recebem ficha de referência para algum profissional/serviço especializado	1308	3,1	4717	13,7	p<0.0001
<i>N usuários que alguma vez precisou marcar consultas com especialistas</i>	42461		34506		
Usuárias gestantes foram orientadas sobre a maternidade do parto	3699	67,5	3080	59,3	p<0.0001
<i>N usuárias com crianças até 24 meses</i>	5479		5196		
Continuidade informacional					
Possui registro das pessoas com HAS com maior risco/gravidade	7721	49,3	9442	60,3	p<0.0001
EqAB possui prontuário eletrônico implantado	2267	14,5	2665	17,0	p<0.0001
EqAB possuem prontuário eletrônico e ele está integrado com outros pontos da rede de atenção	1800	11,5	2229	14,2	p<0.0001
<i>NEqAB</i>	15668				

Fontes: Banco PMAQ-AB, ciclo 1, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=microdados. Banco PMAQ-AB, ciclo 2, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

*Variável que admite múltiplas respostas.

Considerações finais

O conjunto de análises realizadas com base nos bancos de dados do PMAQ permite um panorama nacional da situação atual do acesso e qualidade da APS no País. Os atributos analisados partiram do pressuposto dos benefícios que o modelo de atenção à saúde com base na APS proporciona à população, e à organização do sistema de saúde, tendo a APS a função de porta de entrada e coordenadora do cuidado.

O presente artigo demonstrou a importância de medir os atributos da APS, mesmo em um espaço curto de tempo, como forma de qualificar os serviços e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários; demonstrando que os estudos de avaliação dos serviços de saúde podem ser úteis para fornecer caminhos e parâmetros para a tomada de decisão sobre a política governamental.

É importante considerar o alinhamento do PMAQ-AB a uma série de outras iniciativas

nacionais do Ministério da Saúde, como PMM, Programa Requalifica UBS, e-SUS AB etc. No momento da avaliação externa do PMAQ ciclo 1, o provimento pelo PMM ainda não fora implantado; já no ciclo 2, o PMM estava em fase inicial. Em outras palavras, seriam necessários outros estudos e maior tempo de existência dos programas para avaliar o impacto dessas iniciativas na qualidade da APS. Apesar de alguns resultados positivos obtidos entre um ciclo e outro do PMAQ-AB, não se pretende atribuir o impacto dos resultados exclusivamente ao Programa, visto que um estudo dessa envergadura demandaria outra metodologia e aprofundamento. É necessário, também, atentar para o curto espaço de tempo entre os dois ciclos do PMAQ-AB, que dificulta intervenções para enfrentar os problemas identificados.

Na comparação entre os resultados dos ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, observou-se alguma melhoria da qualidade nas equipes participantes. Os atributos que apresentaram melhores resultados do PMAQ-AB foram os de primeiro contato e integralidade, com alguns indicadores que se mostraram superiores no ciclo 2. Tal resultado confirma a progressiva constituição da UBS como serviço de porta de entrada acessível, com escopo diversificado de ações ofertadas, ainda que insuficientes. Os atributos com pior avaliação foram a longitudinalidade com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente e a coordenação, que recebeu a pior avaliação por dificuldades de acesso dos usuários às consultas especializadas e insuficiente registros. Outro ponto que merece atenção é uma redução no acompanhamento dos programas de saúde, aqui representados pelas variáveis visita de puericultura, indicação de maternidade e consultas a pessoas com hipertensão arterial e diabetes, o que pode estar relacionado com a redução do

tempo de vínculo dos profissionais. Deve-se lembrar que não há informação disponível que permita conhecer se e quando projetos de intervenção foram implementados como previu a fase 3 do PMAQ-AB.

Os resultados aqui discutidos podem nos remeter a algumas observações:

- a importância da linearidade entre os instrumentos dos ciclos do PMAQ-AB a fim de melhor avaliar a evolução das equipes entrevistadas;
- a possibilidade, mediante variáveis do PMAQ-AB, de visualizar o funcionamento da AB em relação aos quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação;
- a necessidade de estudos que façam uma avaliação do PMAQ-AB associando outros programas governamentais de qualificação da APS.

É importante destacar que um sistema de saúde com ênfase na APS deve estar acompanhado da capacidade de medir o grau de orientação dessa APS. Logo, reafirma-se a necessidade de manutenção de uma avaliação contínua e processual da atenção básica, como forma de medir sua trajetória ao longo do tempo e identificar quais são os aspectos que demandam maior investimento. Para tal, manter o PMAQ-AB e a coerência nos seus instrumentos no decorrer dos ciclos auxiliaria nesse comparativo, mostrando-se um importante instrumento rumo à garantia da qualidade e maior resolutividade da APS, objetivo central para um sistema de saúde universal, equânime e integral. ■

Referências

- Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. *Milbank Q* [internet]. 2005 [acesso em 2018 maio 5]; 83(3):457-502. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>.
- Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care and selective primary health care'. *Soc Sci Med*. [internet]. 1986 [acesso em 2018 abr 28]; 23(6):559-566. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3764507>.
- Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União. 22 Out 2011.
- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-1742.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 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. 19 Jul 2011.
- Trindade TG. Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre [dissertação] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 145p. [acesso em 2018 maio 15]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12947/000636050.pdf?sequence=1>.
- Gonçalves MR. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *RBMFC*. 2013; 8(29):235-243.
- Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-546.
- Macincko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. [internet]. 2003 [acesso em 2018 abr 15]; 38(3):831-865. Disponível em: http://www.jhsph.edu/sebin/k/k/2003_HSR_Macinko.pdf.
- Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-298.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Pan-americana de Salud Publica*. 2007; 21(2):164-176.
- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. 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 Colet*; 2012, 17(8):2071-2085.
- Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(supl.1):s100-s110.

15. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [internet]. 2010 [acesso em 2018 mar 9]; p. 10-65. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>.
16. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(Supl.1):1029-1042.
17. Damasceno SS. Avaliação da Orientação à Atenção Primária à Saúde da Criança [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2014. 140 p.
18. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial* [internet]. 2001 [acesso em 2018 mar 29]; 16(1):580-587. Disponível em: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%20parte.pdf>.
19. Mainous AG, Baker R, Love MM, et al. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from Primary Care in the United States and United Kingdom. *Family Medicine* [internet]. 2001 [acesso em 2018 abril 10]; 33(1):22-27. Disponível em: <http://www.stfm.org/Portals/49/Documents/FMPDF/FamilyMedicineVol33Issue1Arch22.pdf>.
20. Cunha EM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 150p.
21. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(1):139-146.
22. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):252-264.
23. Campos VA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública*. 2008; 42(2):347-68.
24. Kemper ES. Programa Mais Médicos: contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2016.
25. Fonseca Sobrinho D, Machado ATGM, Lima AMLD, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):83-93.
26. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, organizador. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO; 2001. p. 39-66.
27. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2011. [acesso em 2018 jun 1]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.
28. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(1):103-114.
29. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-157.
30. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(8):e00037316.
31. Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *JMPHC* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 05]; 5(1):101-113. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/179>.
32. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países

- da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(5):951-963.
33. Davis K, Stremikis K, Schoen C, et al. Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund; 2014. [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf.
34. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(3):683-703.
35. Harzhein E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.
36. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 20], 38(esp):13-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
37. Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca da ordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. Atenção primária à saúde na ordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 277-303.
38. Chomatas E, Vigo A, Marty I, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [internet]. 2013 [acesso em 2018 abril 4], 8(29):294-303. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/587>.
39. Leao CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2011 set; 11(3):323-334.

Recebido em 10/06/2018
Aprovado em 30/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil*

Spatial analysis of the quality of Primary Health Care in Brazil

Daisy Maria Xavier de Abreu¹, Pedro Cisalpino Pinheiro², Bernardo Lanza Queiroz³, Érica Araújo Silva Lopes⁴, Antônio Thomaz Gonzaga Matta Machado⁵, Ângela Maria de Lourdes Dayrell de Lima⁶, Alaneir de Fátima dos Santos⁷, Hugo André da Rocha⁸

DOI: 10.1590/0103-11042018S105

*Os autores agradecem a valiosa contribuição de Dêlcio Fonseca Sobrinho, membro da equipe de pesquisadores do projeto Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na proposição do artigo, análise dos dados e elaboração do manuscrito.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6855-8612>
dmxa@medicina.ufmg.br

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Demografia - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6954-1708>
pedrocisalpino@gmail.com

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Demografia - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2890-1025>
blanza@gmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3183-5102>
araujosilva.ERICA@gmail.com

RESUMO Este artigo teve como objetivo analisar a distribuição espacial das equipes de Atenção Básica em Saúde (ABS) avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) segundo as categorias de desempenho para certificação no Programa. Realizou-se uma caracterização da distribuição espacial dos municípios mediante a avaliação do PMAQ-AB, bem como a identificação da presença de padrões espaciais a partir de um indicador de correlação espacial para avaliar o grau de influência do espaço para a certificação das equipes de ABS. Observou-se presença de padrões de natureza espacial em relação à qualidade da ABS. Municípios com valor baixo no indicador cujos vizinhos também apresentam nível baixo foram encontrados em boa parte dos estados do Acre, do Amazonas, de Roraima e do Amapá, bem como no Rio de Janeiro e no Espírito Santo. Foram observados *clusters* de padrão alto-alto em municípios de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com destaque para Santa Catarina. A identificação de padrões espaciais de qualidade da ABS pode representar um recurso valioso para o aperfeiçoamento do PMAQ-AB. Com isso, é possível desenvolver análises que incorporem variáveis com potencial explicativo para os padrões espaciais de qualidade de ABS encontrados em municípios brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Análise espacial. Brasil.

ABSTRACT *This article aims to analyze the spatial distribution of the Primary Health Care (ABS) teams evaluated by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB) according to the categories of performance for certification in the Program. A spatial distribution profile of the municipalities according to the PMAQ-AB evaluation was carried out, as well as the identification of spatial patterns from a spatial correlation indicator to evaluate the degree of space influence for the certification of ABS teams. It was found presence of spatial patterns in relation to ABS quality. Municipalities with low values in the indicator, whose neighbors are also low, are found in most of the states of Acre, Amazonas, Roraima and Amapá, as well as in Rio de Janeiro and Espírito Santo. High-high standard clusters were observed in the municipalities of São Paulo, Minas Gerais and Rio Grande do Sul, especially in Santa Catarina. The identification of the spatial quality standards of ABS can be a valuable resource for the further PMAQ-AB development. It will be possible, thus, to develop analyses that incorporate variables with explanatory potential for the spatial patterns of ABS quality found in Brazilian municipalities.*

KEYWORDS Primary Health Care. Spatial analysis. Brazil.



Introdução

A Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das principais estratégias que visam à ampliação da cobertura populacional e à organização do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Ante um cenário de permanentes desafios para a qualificação da ABS, iniciativas governamentais têm sido implementadas de modo a buscar formas de ajuste das ações e serviços de saúde que resultem em maior acesso e qualidade em consonância com as reais necessidades da população².

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), desenvolvido para a qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de ABS, constitui-se como uma dessas iniciativas. O PMAQ-AB pretende a adesão voluntária das equipes de ABS em um ciclo contínuo, por meio de fases que se complementam e que resultam na certificação das equipes. A partir da certificação, as equipes passam a receber recursos federais de incentivo de acordo com padrões de qualidade no cuidado³. O PMAQ-AB está organizado em três fases: adesão e contratualização; avaliação externa e certificação; recontratualização e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. A Avaliação Externa corresponde à terceira fase do PMAQ-AB, na qual é realizada avaliação das condições de infraestrutura (verificação *in loco* da existência e quantidade de insumos, equipamentos e materiais) e de processo de trabalho das equipes de atenção básica. A certificação se dá com base em padrões de qualidade relacionados com dimensões e subdimensões de infraestrutura, processo de trabalho, gestão do cuidado, processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços³.

A ABS no Brasil se orienta por uma clara definição do território e das pessoas sob

responsabilidade de cada equipe de ABS. Suas bases estão no fortalecimento do vínculo com a população com características marcantes em seu processo de trabalho – como coordenação do cuidado, promoção da saúde, multi/interdisciplinaridade, visitas domiciliares, educação e saúde e resolubilidade de mais de 80% dos problemas de saúde nesse nível de atenção⁴.

Para fortalecer cada vez mais a estruturação da ABS, é importante avaliar seu desenvolvimento e desempenho, de modo que sejam otimizados todos os recursos (materiais, humanos e financeiros) aplicados para o cumprimento de objetivos, metas e funções estabelecidas para a ABS. Nesse contexto, o PMAQ-AB foi formulado com o objetivo de induzir a melhoria do acesso, qualidade e infraestrutura da atenção básica e criar um ciclo contínuo de promoção de equidade e cobertura em saúde nos municípios do País⁵. Portanto, a análise de resultados da avaliação externa das equipes de ABS representa uma importante ferramenta para avaliar as condições de acesso e de qualidade da grande maioria de municípios e equipes participantes do Programa.

O PMAQ-AB, que se encontra no seu 3º ciclo, oferece informações que permitem subsidiar a formulação e/ou aprimoramento das políticas e programas para a ABS pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão e do cuidado. Assim, por meio da análise da *performance* das equipes de ABS nas dimensões abordadas pelo PMAQ-AB, é possível conhecer quais devem ser as ações a serem priorizadas para a melhoria do acesso e da qualidade da ABS⁶. Grande parte dos trabalhos avaliando o PMAQ-AB no Brasil se concentra em estudos sobre dimensões da ABS avaliadas pelo programa ou análises mais específicas sobre alguma unidade da federação⁷⁻¹⁰.

Na análise sobre a situação das equipes de ABS no Brasil, entretanto, é preciso ter em mente as diferenças regionais existentes entre as condições de acesso e a assistência

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Medicina Preventiva e Social – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0516-8529>
thomaz@medicina.ufmg.br

⁶Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3437-5399>
angelad@nescon.medicina.ufmg.br

⁷Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Medicina Preventiva e Social – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7674-0449>
laines@uol.com.br

⁸Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6433-0568>
hrocha@nescon.medicina.ufmg.br

prestada¹¹. Observou-se, nos últimos anos, uma expansão expressiva da ESF, particularmente nas regiões menos desenvolvidas do País. Por outro lado, tal oferta não teve o mesmo impulso nas periferias de municípios mais ricos e populosos¹². Conforme apontam Ouverney e Noronha¹³, as diferenças de oferta podem ser observadas no interior de um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. O resultado desse fenômeno é a manutenção de um padrão de distribuição desigual da oferta e do acesso aos serviços com diferenciais entre as regiões menos e mais desenvolvidas do Brasil¹⁴. No ordenamento da ABS, os processos que resultem em diferenças regionais devem ser avaliados, visando a uma qualificação da atenção prestada.

Diante desse quadro, pode-se considerar a existência de padrões espaciais na distribuição das equipes de ABS segundo a certificação obtida na avaliação do PMAQ-AB para dimensões de infraestrutura, processo de trabalho, gestão do cuidado e avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. Para verificação desses padrões, a análise espacial se configura como uma abordagem útil para a identificação de aglomerações de municípios com padrões similares ou distintos de distribuição das equipes de ABS segundo sua certificação no PMAQ-AB. Nesse campo, investigações dos denominados ‘efeitos de vizinhança’ podem auxiliar na detecção de aglomerados espaciais ou espaço-temporais e, com isso, auxiliar no planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Em estudos ecológicos para avaliação de risco de uma determinada doença, o uso de ferramentas estatístico-espaciais possibilita a visualização da distribuição espacial do evento, identificando áreas de maior risco e que demandam aprimoramento de medidas de vigilância em saúde¹⁵⁻¹⁷.

Para fins de análise da qualidade da ABS, a localização de aglomerações espaciais ou *clusters* pode oferecer elementos para a compreensão da dinâmica de organização da ABS

e de como ela pode definir padrões de qualidade das equipes. A análise espacial permite estudar aspectos geográficos, por exemplo, na ABS, ao trazer novas informações para a discussão de equidade, por meio do acesso geográfico e das diferenças no uso segundo aspectos socioeconômicos¹⁸. Além disso, outros estudos demonstram a importância da identificação de áreas geográficas que necessitam de serviços de ABS, com foco em grupos de profissionais de saúde¹⁹, ou para analisar potenciais desigualdades na mobilização de recursos da ABS para adequação do financiamento ao que a população necessitar²⁰.

Tendo em vista que a análise espacial pode auxiliar na caracterização e explicação de diferenças entre o acesso e a qualidade da ABS, o objetivo deste estudo é analisar a distribuição espacial das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB segundo as categorias de desempenho para certificação no Programa. Para isso, pretende-se, primeiramente, caracterizar a distribuição espacial dos municípios segundo a avaliação das dimensões de certificação do PMAQ-AB e, em segundo lugar, identificar a presença de padrões espaciais a partir de um indicador de correlação espacial para avaliar o grau de influência do espaço para a certificação das equipes de ABS.

Métodos

O presente trabalho se caracteriza como um estudo transversal. Utilizou-se o banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB, cuja coleta foi realizada entre os anos de 2013 e 2014. Foram certificadas 32.336 equipes, distribuídas em todos os estados brasileiros.

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB – 2º ciclo está dividido em seis módulos. O módulo I está relacionado com as questões sobre infraestrutura, materiais e insumos das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O módulo II refere-se ao acesso e qualidade da atenção, à organização do processo

de trabalho da equipe e à articulação da rede de atenção à saúde. O módulo III refere-se à satisfação do usuário (entrevista com quatro usuários da Equipe de Atenção Básica – EAB avaliada). Já o módulo IV coletou informações referentes a equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf). Os módulos V e VI dizem respeito à saúde bucal: o primeiro avalia a estrutura física da saúde bucal da unidade de saúde; o segundo faz uma avaliação do processo de trabalho com base nas respostas dos profissionais de saúde bucal.

Para a certificação das equipes, os padrões de qualidade descritos nos módulos da avaliação externa foram agrupados em cinco dimensões, a saber: (i) Gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica; (ii) Estrutura e condições de funcionamento da UBS; (iii) Valorização do trabalhador; (iv) Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho e (v) Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário. Essas dimensões são compostas por 38 subdimensões. Cada subdimensão recebe um valor definido de acordo com sua relevância técnica, estratégica e política no interior da dimensão a que pertence, definido pelas áreas técnicas.

A certificação das equipes foi realizada por um processo tripartite que envolveu o MS, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)³. A classificação das equipes na certificação segue categorias em relação ao desempenho das equipes de seu estrato. O estrato é uma categorização realizada pelo MS que se refere ao conjunto de municípios agregados entre si de acordo com indicadores sociais, econômicos e demográficos, com o objetivo de assegurar maior equidade na comparação das EAB no processo de certificação. As categorias de classificação são: Muito acima da média – a equipe ficou com o desempenho ótimo em relação às equipes do seu estrato; Acima da média – a equipe ficou com o desempenho bom em relação às

equipes do seu estrato; Mediano ou abaixo da média – a equipe ficou com o desempenho regular em relação às equipes do seu estrato; e Insatisfatório – equipes desclassificadas pelo não cumprimento dos compromissos mínimos assumidos no momento da adesão. Houve também equipes excluídas do programa. Neste caso, os critérios de exclusão foram: equipes que se recusaram a ser avaliadas; sem profissional de nível superior para responder à avaliação externa no momento da entrevista; ou quando o gestor municipal desistiu da avaliação externa para a equipe contratualizada³.

Para a análise espacial, o primeiro passo para avaliar a distribuição da avaliação do PMAQ-AB pelos municípios foi a criação de um indicador que considerasse as cinco primeiras dimensões, com exceção da dimensão da saúde bucal. Esta última foi excluída em decorrência do número expressivo de equipes de ABS que não contam com equipe de saúde bucal. O indicador municipal da ABS foi elaborado de acordo com os seguintes passos, apresentados na Equação 1. A soma da certificação (entre 1 e 3) de todas as variáveis por unidade de análise (equipe) é somada para todas as equipes do município e, posteriormente, dividida pelo valor máximo que seria obtido caso todas as equipes do município tivessem obtido a classificação máxima em todas as subdimensões. As equipes foram ranqueadas de 1 (melhor) a 3 (pior). Na análise, transformamos os melhores *rankings* na categoria 3; e os piores, na categoria 1.

$$I^{AB} = (\sum \sum V) / (3 * N * n(j)) \quad \text{Equação(1)}$$

Em que V é a classificação atribuída a cada uma das subdimensões consideradas, i representa as dimensões, j indica as equipes por município, N é o número total de subdimensões consideradas e n(j) é o total de equipes avaliadas em cada município. Uma vez construído o indicador da ABS, a sua distribuição espacial foi analisada por meio de um mapa temático que

permite uma primeira análise espacial da distribuição da qualidade das equipes.

Para identificar a presença do espaço como variável relevante no indicador municipal da ABS, utilizamos a análise por meio de indicadores locais de autocorrelação espacial – Local Indicator of Spatial Autocorrelation (Lisa), baseados no I de Moran. O índice local de autocorrelação espacial permite comparar os valores de uma variável em uma dada área com os valores encontrados em seus vizinhos. Além disso, os indicadores locais de autocorrelação espacial produzem um valor específico para cada objeto, permitindo, assim, a identificação de agrupamentos (*clusters*). Nesse caso, o objetivo é identificar se há fatores de natureza espacial que podem estar relacionados com o valor do indicador observado nos municípios. A intenção dos Lisa é avaliar se o espaço é uma variável relevante e se, nesse sentido, esta deve ser considerada ao analisar o fenômeno de interesse²¹. Com o Lisa, é possível produzir valores específicos para cada unidade territorial que, com isso, identifica áreas aglomeradas com padrões significativos de associação espacial¹⁸.

A análise da distribuição dos Lisa permite classificar a variável de interesse em quatro *clusters*: alto/alto, ou seja, observações com

valores acima da média, com vizinhança também acima da média; os *clusters* de baixo/baixo, que significam aqueles abaixo da média, com vizinhos na mesma situação; os *clusters* de alto/baixo e baixo/alto, que são ocupados, respectivamente, por áreas de valores baixos cercadas por valores alto e por áreas de valores altos cercadas de valores baixos. Esses dois, *low-high* e *high-low*, são tidos como *outliers* espaciais, logo, definidos como autocorrelações espaciais locais negativas. Caso não houvesse qualquer autocorrelação espacial, as observações estariam distribuídas aleatoriamente no espaço.

O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o número 1.275.911 e foi financiado com recursos do MS.

Resultados

A análise do indicador municipal de ABS aponta para diferenças entre as regiões brasileiras. As regiões Norte e Nordeste apresentam as médias mais baixas (0,403 e 0,468, respectivamente); e o Sudeste e o Sul, as médias mais altas (0,503 e 0,577, respectivamente). Já a região Centro-Oeste tem uma média de 0,471 (*tabela 1*).

Tabela 1. Estatísticas descritivas do indicador municipal da atenção básica

Região	Média	Desvio Padrão	Min	Max
Norte	0,403	0,136	0,000	0,686
Nordeste	0,468	0,105	0,000	0,869
Sudeste	0,507	0,132	0,000	0,843
Sul	0,533	0,125	0,000	0,843
Centro-Oeste	0,471	0,103	0,000	0,804

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados do PMAQ-AB 2º Ciclo.

A *figura 1* mostra o mapa temático com a distribuição do indicador da atenção básica do PMAQ-AB, por município, considerando todas as equipes de ABS avaliadas de cada município. Entre os 5.570 municípios brasileiros, 497 não tiveram nenhuma equipe de ABS avaliada pelo PMAQ-AB no 2º ciclo. Os resultados indicam que os estados do Maranhão (n=92), de São Paulo (n=109) e do Rio Grande do Sul (n=121) se destacam entre aqueles com maior número de municípios sem equipes avaliadas. No Maranhão, aproximadamente, 42% dos municípios não tiveram equipes participantes do processo de avaliação do PMAQ-AB 2º ciclo. A primeira etapa de adesão ao Programa consiste na indicação, pelos gestores municipais, do quantitativo de EAB (incluindo as Equipes de Saúde Bucal e Nasf) que participaram do 2º ciclo do Programa. A etapa de adesão é condição obrigatória para a contratualização/recontratualização⁵. Como o PMAQ-AB pressupõe a adesão do município ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as equipes de ABS, gestores municipais e MS, a alta quantidade de equipes fora da avaliação externa no Maranhão pode ser indicativo, por exemplo, de uma dificuldade desse estado em induzir os gestores municipais e suas equipes a participarem do Programa.

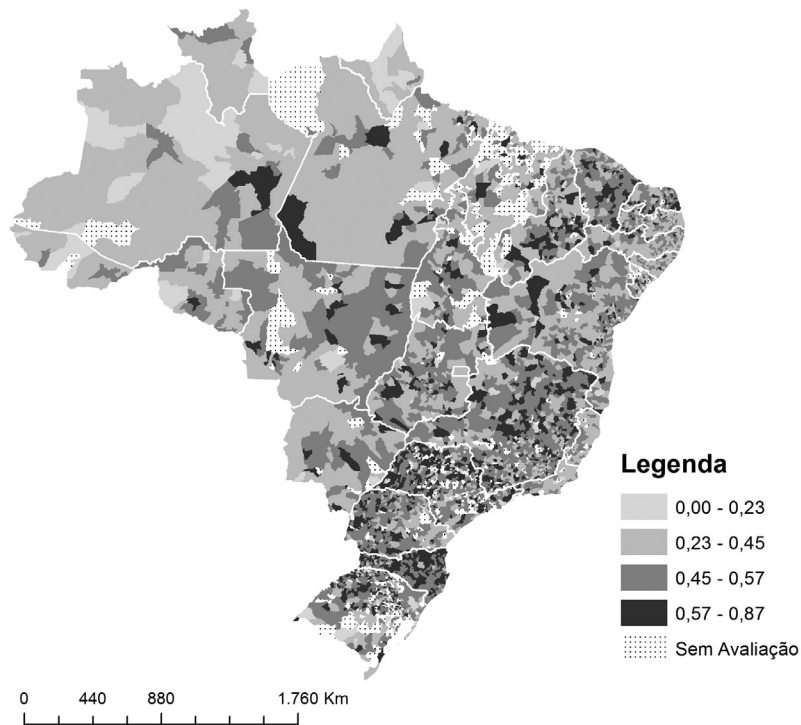
Na análise espacial, nota-se que a região Norte concentra uma parcela expressiva de municípios entre aqueles que possuem

indicador da ABS mais baixo. Nos estados do Amazonas, do Pará, do Acre, de Roraima e do Amapá, são raros os municípios em que o indicador foi superior a 0,45 – a segunda classe inferior. O Maranhão concentra parcela importante de municípios com o indicador entre os mais baixos, além dos municípios já citados sem avaliação. Na região Nordeste, nos estados da Paraíba, de Pernambuco e de Alagoas, há, aparentemente, uma concentração importante de municípios com o indicador entre os mais baixos (*figura 1*).

Os estados do Ceará e do Rio Grande do Norte, principalmente no primeiro estado, os municípios apresentam desempenho superior. No centro e no leste do Piauí, destaca-se uma concentração de municípios com o indicador acima de 0,45. O estado que, claramente, concentra a maior proporção de municípios entre os mais bem avaliados é Santa Catarina. De modo geral, a maior parte dos municípios dos demais estados da região Sul está entre os mais bem avaliados. Por outro lado, chama a atenção o número representativo de municípios com indicador mais baixo no leste do Paraná.

Na região Sudeste, assim como na região Sul, uma parcela expressiva dos municípios se encontra nas duas classes superiores da distribuição do indicador. No entanto, nos estados do Espírito Santo e do Rio de Janeiro, há uma concentração importante de municípios com o indicador entre os mais baixos.

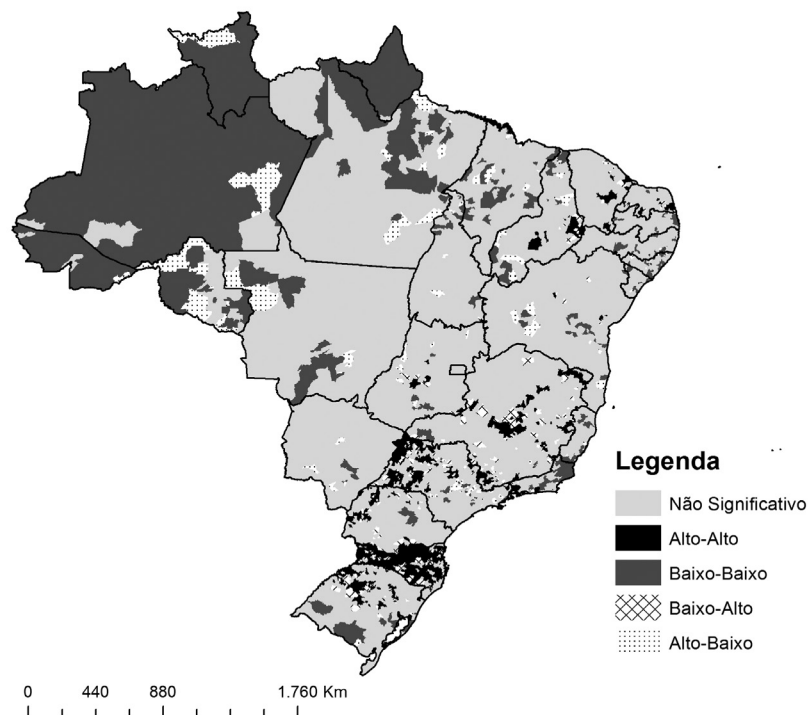
Figura 1. Distribuição do indicador da atenção básica do PMAQ-AB, por município. Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados do PMAQ-AB 2º Ciclo.

A análise do Lisa permite identificar alguns padrões espaciais interessantes considerando o indicador de qualidade da ABS. Na região Norte, há um aglomerado de municípios de padrão baixo-baixo – ou seja, municípios com valor baixo no indicador cujos vizinhos também apresentam nível baixo – que ocupa parte importante dos estados do Acre, do Amazonas, de Roraima e do Amapá. Em Rondônia, é interessante observar que,

além do aglomerado de padrão baixo-baixo, há também uma concentração importante de municípios com classificação entre as mais altas com vizinhos de classificação baixa. Uma análise mais próxima dos municípios que compõem esses aglomerados – também presentes em outros estados, como Mato Grosso, Pará, Bahia, Piauí – pode oferecer informações relevantes para a avaliação e consequente melhoria da ABS no Brasil.

Figura 2. Lisa *cluster map* do indicador da atenção básica do PMAQ-AB. Brasil

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados do PMAQ-AB 2º Ciclo.

O aglomerado mais extenso de municípios de padrão alto-alto é observado em, praticamente, todo o estado de Santa Catarina. Na região central de Minas Gerais e no oeste de São Paulo, observa-se, também, aglomerados de padrão alto-alto, bem como no noroeste do Rio Grande do Sul. Há, também, dois aglomerados de padrão alto-alto no centro e no leste do Piauí. Ou seja, esses aglomerados indicam a presença de municípios com valor alto no indicador de avaliação da ABS cujos vizinhos também tiveram desempenho superior. No norte do Rio de Janeiro e no sul do Espírito Santo, destaca-se a presença de um aglomerado de municípios de padrão baixo-baixo. A presença dos referidos aglomerados indica que há padrões de natureza espacial que influenciam o valor do indicador do PMAQ-AB nos municípios brasileiros.

Há também, contudo, muitos municípios

em todas as regiões, exceto na região Norte e no estado de Santa Catarina, que se caracterizam pela ausência de padrão espacial significativo.

Discussão

O indicador municipal de ABS criado para fins da análise pretendida no presente estudo retratou um panorama de diferenças entre os padrões espaciais encontrados inter e intrarregiões. Assim, as regiões Norte e Nordeste apresentaram forte concentração de valores mais baixos desse indicador, mas também foram encontrados municípios com bom desempenho (nos estados do Ceará, do Rio Grande do Norte e do Piauí). O mesmo acontece em regiões com um número maior de municípios com boa avaliação (Sudeste e

Sul), onde se observou presença importante de municípios com desempenho pior (estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo).

Esses resultados são elucidativos da importância de considerar, em uma avaliação da ABS, a heterogeneidade na efetivação do modelo pretendido para a ABS nas diferentes áreas geográficas, tanto em termos de cobertura quanto em relação às dimensões do cuidado. Estudo sobre indicadores de estrutura dos serviços de ABS no Brasil, utilizando dados do PMAQ-AB – 1º ciclo, apontou para diferenças de coberturas potenciais dos indicadores analisados entre os estados²². Em estudo que procurou criar uma tipologia das UBS brasileiras com base nas características estruturais das unidades concluiu-se que há importantes diferenças na distribuição das unidades de acordo com as diferentes categorias entre as regiões, estados e porte populacional dos municípios²³.

Outros estudos que abordam temas relacionados com o cuidado avaliados pelo Programa seguem nessa mesma direção. Um deles, que analisou a adequação da estrutura e processo de trabalho das equipes do PMAQ-AB na prevenção do câncer de colo de útero, observou que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores resultados nos dois quesitos¹¹. Em análise sobre o nível de apoio institucional na ABS, considerando sua distribuição nas regiões e estados, as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram níveis mais elevados, sendo que os estados de São Paulo, da Bahia e do Rio Grande do Norte apresentaram maior percentual de nível alto²⁴. Já em estudo que procurou analisar a incorporação de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na atenção básica e sua associação com a qualidade do serviço, os resultados indicaram que nas regiões Sul e Sudeste se encontravam as equipes com maior percentual de alto grau de incorporação de TIC, e a Região Norte com maior presença de grau baixo de incorporação de TIC²⁵.

A análise espacial desenvolvida no presente estudo indicou também a existência

de padrões espaciais em relação à qualidade da ABS, com concentração de padrões diferentes entre as regiões e mesmo no interior das regiões. Para avaliar esses resultados, é preciso considerar algumas características da configuração territorial do ABS no Brasil. A expansão das equipes vinculadas à ESF foi mais intensa nas regiões mais pobres do País¹². Esse fenômeno repercutiu na qualidade da assistência prestada, como pode ser observado na redução da mortalidade de crianças e por causas perinatais, infecciosas, endócrinas e de doenças respiratórias, particularmente nas regiões Norte e Nordeste²⁶. Além disso, o modelo de ABS no Brasil prevê a implementação de instrumentos de coordenação das ações de saúde, sejam elas assistenciais, educativas e gerenciais. As mudanças empreendidas pela ESF indicam melhorias na coordenação dos cuidados e na qualidade da atenção até mesmo em condições de rotatividade profissional, formação especializada, baixo prestígio dos trabalhadores da APS, pelas avaliações positivas de usuários dos serviços²⁷. Assim, com o aumento da oferta de ABS nos municípios, podem ter sido reduzidas as barreiras de acesso, buscado estruturar a ABS como porta de entrada do sistema, ampliando a resolatividade e a articulação entre ações de vigilância e assistência^{19,28}. Essas condições podem estar refletidas nos resultados encontrados para aglomerados de municípios de estados do Nordeste, como o Piauí, o Ceará e o Rio Grande do Norte com padrão alto-alto para o indicador de qualidade da ABS. Um dos movimentos importantes que também podem ter impactado a qualidade da atenção básica nesses estados foi o provimento do Programa Mais Médicos do Brasil, com o objetivo de levar o profissional médico para áreas rurais, remotas e periféricas do País²⁹. Já o quadro encontrado no estado de Santa Catarina aponta para uma construção articulada entre gestores municipais e estadual, na qual a atuação da Comissão Intergestora Bipartite tem-se mostrado decisiva à organização

da rede de serviços no estado³⁰. Por outro lado, esses mesmos atributos podem não estar tendo a devida atenção para municípios de regiões mais desenvolvidas, como nos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo, onde se observou presença importante de padrão baixo-baixo.

A existência de padrões espaciais mais positivos em relação à qualidade da ABS em regiões mais pobres pode estar relacionada com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e com a sua influência na assistência prestada. A experiência brasileira é vista como bem-sucedida, com resultados expressivos e com uma boa articulação entre os agentes comunitários com uma equipe de saúde, formada de médico enfermeiro e técnicos de enfermagem. Em estudo que objetiva avaliar o perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da ABS, no que tange o vínculo do ACS com a comunidade, observou-se que a maioria desses profissionais mora na sua área de atuação, o que certamente auxilia no vínculo entre os usuários e a equipe responsável pelo território, amplia o conhecimento do território e, conseqüentemente, aumenta o alcance da ABS³¹. Tais variáveis podem impactar a qualidade do acesso e do trabalho desses profissionais e gera efeitos na qualidade da atenção entre regiões. Em 2017, havia mais de 250 mil ACS atuando no Brasil, com uma cobertura de 126.334.402 pessoas, correspondendo a 61,3% da população brasileira, sendo elevado o grau de cobertura nas regiões Norte e Nordeste e com municípios com menor cobertura em estados como São Paulo e Rio Grande do Sul³².

Perante o quadro apresentado, a análise de autocorrelação espacial oferece um alerta para que seja considerada a presença de padrões de natureza espacial que possam influenciar a qualidade da ABS nos municípios. Ao mesmo tempo, em grande parte dos municípios analisados, não foi identificada a presença de autocorrelação espacial. Nesses casos, o valor observado no indicador

municipal de ABS não foi influenciado por questões de natureza espacial. Ou seja, a sua localização não teve influência no nível do indicador de avaliação aqui considerado.

A utilização dessa abordagem deve ser incentivada nos diferentes níveis de gestão da ABS para servir como instrumento para apoiar o planejamento das ações³³. No âmbito do PMAQ-AB, a identificação de padrões espaciais de qualidade da ABS pode representar um recurso valioso para o aperfeiçoamento do Programa.

Uma possível limitação da abordagem, entretanto, foi o fato de ter sido construído um indicador de qualidade da ABS do município como um recurso de análise. Esse desenho pode não captar completamente as situações de heterogeneidade das EAB no interior de cada município. Uma vez que a unidade de análise utilizada na avaliação externa do PMAQ-AB foi a EAB, outros modelos mais robustos podem ser utilizados que considerem as diferenças das EAB em um mesmo município.

Ressalta-se ainda que não foi possível apontar, apenas com base no mapeamento, a explicação dos motivos e dos fatores que determinam a formação dos *clusters*. Portanto, a partir dos resultados encontrados, é possível pensar em outras análises que considerem a situação das EAB e incorporem variáveis com potencial explicativo para os padrões espaciais de qualidade de ABS encontrados em municípios brasileiros.

Considerações finais

A análise espacial mostrou-se útil para a identificação de padrões espaciais que refletem as diferenças de qualidade da ABS no País, de modo a contribuir para a adequação das políticas que visem à melhoria da qualidade da atenção prestada. Ao mesmo tempo, este cenário impõe desafios no sentido de compreender as lógicas de sua configuração para, com isso, formular/implementar estratégias que contemplem tais padrões.

Assim, este mapeamento pode representar um recurso valioso para o aperfeiçoamento do PMAQ-AB.

Colaboradores

Abreu DMX contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Pinheiro PC contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Queiroz BL contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Lopes EAS contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados;

contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Machado ATGM contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Lima AMLD contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Santos AF contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Rocha HA contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e para a revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Manifestamos nossos agradecimentos à Fonseca Sobrinho D pela contribuição na concepção e o planejamento, análise e interpretação dos dados; e elaboração do conteúdo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: MS; 2012.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [internet]. 2011 maio [acesso em 2018 abr 6]; 377(9779):1778-1797. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2013-2014 [internet]. Brasília, DF: MS; 2015 [acesso em 2018 abr 6]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
4. Organização Pan-americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS: Contribuições para o debate [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2011 [acesso em 2018 abr 6]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: MS; 2013.
6. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *Rev. J Ambul Care Manage* [internet]. 2017 mar-abr [acesso em 2018 abr 6]; 40(2):4-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882>.
7. Casotti E, Contarato PC, Fonseca AB, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 30]; 38(esp):140-157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>.
8. Rodrigues V, Santos CRID, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):173-181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0173.pdf>.
9. Santos A, Fonseca Sobrinho D, Lima AMD, et al. TIC en la atención primaria en Brasil: situación actual. *Rev Latinoamericana Telessaúde*. 2016 [acesso em 2018 abr 30]; 3:200-206. Disponível em: [TICenlaatencinprimariaenBrasilsituacinLatinAmJTelehealth2016%20\(1\).pdf](http://TICenlaatencinprimariaenBrasilsituacinLatinAmJTelehealth2016%20(1).pdf).
10. Mello LD, Tonini T, Silva AS, et al. Evaluation of primary health care units in the Rio de Janeiro City according to the results of PMAQ 2012. *J Ambul Care Manage* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 abr 30]; 40(Suppl.2):71-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338877/pdf/jamcm-40-s71.pdf>.
11. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2011 nov [acesso em 2018 abr 2018]; 16(11):4395-4404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200012.
12. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2017 abr [acesso em 2017 jan 15]; 22(4):1055-1064. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=en&nrm=iso.
13. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, re-

- gionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; 2013 [acesso 2018 abr 6]. p. 143-182. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>.
14. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2006 out-dez [acesso em 2018 abr 6]; 11(4):975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400019.
 15. Carvalho MS, Souza-Santos R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005 [acesso em 2018 abr 6]; 21(2):361-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200003&lng=en&nrm=iso.
 16. Friche AAL, Caiaffa WT, César CC, et al. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2018 abr 6]; 22:1955-1965. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/20.pdf>.
 17. Rebolledo ES, Chiaravalloti Neto F, Meza MTE, et al. Variación espacial de la cobertura del tratamiento de hipertensión arterial, en el municipio de Santiago de Chile. *Salud Colect* [internet]. 2018; 14(1):5-17. Disponível em: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v14n1/1851-8265-scol-14-01-5.pdf.
 18. Braga GB, Marques MAF, Braga BB. Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à atenção primária à saúde do Sudeste Brasileiro. *Espaç Saúde* [internet]. 2015 [acesso em 2018 abr 24]; 16(3):14-26. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/20728>.
 19. Shab TI, Milosavljevic S, Bath B. Determining geographic accessibility of family physician and nurse practitioner services in relation to the distribution of seniors within two Canadian Prairie Provinces. *Soc Sci Med*. 2017; 194:96-104. [acesso em 2018 ago 08] Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953617306342?token=3ACA7F01054426804AC3D08CEF63734FA7910B8B662940952E7B7B394EFA3CB94959FFEB04078C7225699A-707719EC67>.
 20. Burch P, Doran T, Kontopantelis E. Regional variation and predictors of over-registration in English primary care in 2014: a spatial analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2018; 72:532-538. [acesso em 2018 set 7]. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/72/6/532.full.pdf>.
 21. Anselin L. *Spatial data analysis with gis: an introduction to application in the social sciences* [internet]. Santa Barbara: University of California; 1992 [acesso em 2018 jan 9] Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/403b/bbf5e0eb502a39df4e4dcf87ecb20f19fc12.pdf>.
 22. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2017 abr-jun; [acesso em 2018 abr 6]; 26(2):275-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00275.pdf>.
 23. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, et al. Nota técnica. Novos caminhos: Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Região e Redes. [internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 26]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf.
 24. Matta-Machado ATG, Santos AF, Abreu DMX, et al. Asistencia sanitaria, certificación de calidad y apoyo institucional: la atención primaria en Brasil. *Rev. Salud Pública Méx* [internet]. 2016 maio [acesso em 2018 jun 6]; 58(3):358-365. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000300358.

25. Santos AF, Sobrinho DF, Araujo LL, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 jan [acesso em 2018 abr 2]; 33(5):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00172815.pdf>.
26. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* [internet]. 2010 ago [acesso em 2018 jun 5]; 126(3):34-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/20679307>.
27. Almeida PF, Giovanella L, Nunan B. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate* [internet]. 2012 jul-set [acesso em 2015 mar 6]; 36(94):375-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a10v36n94.pdf>.
28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2011 [acesso em 2018 fev 3]; 29(2):84-95. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>.
29. Macinko J, Harris MB. Brazil's Family Health Strategy: delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *Rev N Engl J Med* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jan 13]; 372(23):2177-2181. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140?query=recirc_inIssue_bottom_article&.
30. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [internet]. 2014 ago [acesso em 2016 jun]; 48(4):642-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400642&script=sci_arttext&tlng=pt.
31. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2018-set 20]; 22(6):865-1876. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=pt&rm=.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Agentes Comunitários de Saúde [internet]. Brasília, DF: SAGE; 2017 [acesso em 2017 jun 23]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/?link=paineis/acs/corpao&flt=false¶m=null>.
33. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, et al. Organização espacial: saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. p. 129-138.

Recebido em 07/06/2017

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil

Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil

Luiza Garnelo¹, Juliana Gagno Lima², Esron Soares Carvalho Rocha³, Fernando José Herkrath⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S106

RESUMO Iniquidades de acesso ao Sistema Único de Saúde comprometem a garantia de cuidados primários de saúde para populações rurais e para outros grupos em situação de vulnerabilidade. Estudo transversal que avaliou acesso de usuários e cobertura assistencial de Equipes de Saúde da Família (EqSF) dos sete estados da região norte do Brasil e que aderiram à avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados do PMAQ-AB foram relacionados a indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde, por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Para o conjunto da região, a cobertura assistencial de equipes sediadas em área rural, urbana e urbana que declararam atender a populações rurais foi de 83,3%. Coberturas entre 90-100% foram encontradas para o Acre, o Amapá, Roraima e o Tocantins. Menores percentuais foram encontrados no Pará (50,5%) e no Amazonas (60,5%). A extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos, situação que se estende a 451 (25,3%) unidades e a 494 (22,9%) equipes encarregadas do atendimento de populações rurais, mas que atuam em espaço urbano, adicionando barreiras à chegada dos usuários às unidades. Dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento também foram reportadas.

PALAVRAS-CHAVE Acesso aos serviços de saúde. População rural. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Access inequities to the Unified Health System compromise the assurance of primary health care for rural populations and other groups in situations of vulnerability. A cross-sectional study that evaluated users' access and coverage of Family Health Teams (FHT) from the seven states of the Northern region of Brazil and that joined the external evaluation of the second cycle of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). The PMAQ-AB data were related to demographic, socioeconomic and health indicators, using the Spearman correlation coefficient. For the region as a whole, the assistance coverage of teams based in rural, urban and urban areas that declared covering rural populations was 83.3%. Coverages between 90-100% were found for Acre, Amapá, Roraima and Tocantins. Lower percentages were found in Pará (50.5%) and Amazonas (60.5%). The coverage extension hides geographical access barriers related to the concentration of Family Health Strategy teams in urban*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0263-7286>
luiza.garnelo@fiocruz.br

²Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa) - Santarém (PA), Brasil.
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
julianagagno@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Escola de Enfermagem - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1011-6053>
willy.rocha@hotmail.com

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4439-0189>
fernandoherkrath@gmail.com



areas, a situation that involves 451 (25.3%) units and 494 (22.9%) teams in charge of serving rural populations, but which act in urban area, adding barriers to the arrival of users to the units. Difficulties in welcoming spontaneous demand, appointment scheduling and availability of transportation for care were also reported.

KEYWORDS *Health services accessibility. Rural population. Primary Health Care.*

Introdução

A garantia de acesso aos cuidados de saúde integra o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não efetivado para parte expressiva dos brasileiros, em particular, à população em situação de vulnerabilidade e residente em áreas rurais. A persistência de fortes desigualdades regionais nas condições de vida e de oferta de serviços de saúde, associada à elevada concentração de profissionais e a ações de saúde nos espaços urbanos, penaliza de modo mais intenso os residentes nas regiões Norte e Nordeste¹⁻³.

A população rural representa quase 16% da população brasileira⁴; tem forte dependência dos serviços públicos de saúde e fraca vinculação aos planos de saúde suplementar⁵. Também enfrenta iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde⁶. Tais fatores limitam a oferta regular da Atenção Primária à Saúde (APS) no próprio meio rural⁷ e a busca da rede de referência que tem se instalado preferencialmente em espaços urbanos.

A região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País^{7,8}, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é 7 vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000). Dentre as unidades federadas do Norte, o Amazonas dispunha

de menor percentual de médicos atuando no interior (6,9%) em 2013. O mesmo estado tinha, nesse mesmo ano, 2,0 médicos/1000 habitantes na capital, contra 0,2/1000 no interior (razão capital/interior de 10), valor menor apenas que o Pará, com razão capital/interior de 11,3².

Análises das regiões de saúde na Amazônia legal⁸⁻¹¹ mostram baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 46% delas e apontam que as políticas de saúde do governo federal para a região padecem de baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e há restrita capacidade de gestão no âmbito municipal¹¹. É um conjunto de fatores que implica oferta insuficiente de rede de APS e dificuldade em fixar trabalhadores de saúde, além de potencializar a concentração de serviços de média e alta complexidade nas capitais¹¹.

Às limitações da organização e oferta de serviços de saúde, associam-se baixa renda, dispersão populacional e as grandes distâncias geográficas típicas da Amazônia. Conjugados, tais elementos resultam em barreiras ao acesso e utilização dos serviços de saúde, que penalizam particularmente as populações rurais¹¹.

Os estudos de acesso¹²⁻¹⁵ aos serviços e ações de saúde evidenciam a marcada polissemia do termo, o que exige a definição clara

da escolha conceitual adotada em cada estudo. Unglert¹⁶ prioriza a noção de acesso/acessibilidade geográfica ao valorizar o tempo e a dificuldade/facilidade do deslocamento a ser feito para percorrer a distância que separa o serviço de saúde da residência do usuário, em um determinado território. O mesmo autor reconhece duas outras dimensões no estudo do acesso: uma dimensão técnica, que está diretamente relacionada com as características de organização de serviços e procedimentos/cuidados ali ofertados, e uma dimensão econômica, voltada para a caracterização de custos envolvidos no deslocamento em busca de atendimento e na obtenção de meios diagnósticos e terapêuticos.

Giovanella e Fleury¹⁷ reconhecem cinco dimensões integrantes do conceito de acesso, tais como disponibilidade, a relação entre o tipo e a quantidade de serviços ofertados diante das necessidades reconhecidas pela população; capacidade financeira, relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados; acessibilidade, relação entre disposição e distância dos serviços implantados e os locais de moradia dos usuários, resultando em necessidade de maior ou menor deslocamento; e aceitabilidade, que pode ser traduzida como o reconhecimento (ou não) por parte dos usuários da pertinência das ações ofertadas, refletindo no interesse e adesão a elas. A aceitabilidade tem relação direta com a adequação funcional, termo que expressa estratégias de ajuste por parte dos serviços ofertados e dos esforços dos usuários para se acomodarem àquilo que lhes é disponibilizado.

No detalhamento feito pelas autoras, é de interesse especial a dimensão acessibilidade, enriquecida para fins deste estudo pela inflexão dada por Donabedian¹⁸, que distingue entre acessibilidade geográfica e sócio-organizacional, sendo que a última contempla aspectos como tempo de espera, possibilidade de atendimento imediato e modos de organizar o funcionamento cotidiano dos serviços de saúde.

Acolhimento, um importante atributo do cuidado em APS, assumiu aqui o sentido apontado por Franco, Bueno e Merhy¹⁹ que o

entendem como escuta qualificada e humanizada das necessidades dos usuários, potencializando não apenas o vínculo terapêutico, mas também a ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde.

Há que se distinguir cobertura estimada da atenção primária – muitas vezes interpretada como equivalente a acesso – das múltiplas dimensões contidas no termo acesso. Neste estudo, a cobertura foi entendida como a possibilidade quantificada de obter o cuidado, podendo não ser efetivada por razões diversas, como é o caso das barreiras encontradas pelos indivíduos na busca do cuidado. Nesse sentido, entende-se que a cobertura assistencial difere dos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde^{20,21}.

O objetivo do estudo foi discutir o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete estados da região norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Métodos

O PMAQ-AB é um programa do Ministério da Saúde que visa ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da APS mediante avaliação e monitoramento periódico de suas ações. O programa é desenvolvido em quatro fases (adesão/contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e novo ciclo ou recontra-tualização) e já está em seu terceiro ciclo avaliativo. A avaliação externa é desenvolvida por meio de seis módulos: I (observação da infraestrutura da unidade básica de saúde); II (entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família – EqSF que atua na unidade); III (entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde – UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde;

para este módulo, são entrevistados quatro usuários por equipe, selecionados por conveniência entre os presentes na unidade); IV (entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família); V (observação da infraestrutura de saúde bucal na UBS) e VI (entrevista com o profissional de saúde bucal)²². Os dados aqui analisados provêm dos instrumentos de avaliação externa, do 2º ciclo, realizado entre 2013 e 2014, que abrangem 29.808 EqSF, sendo 19.948 equipes com saúde bucal, em 5.211 municípios do País²³.

Neste estudo transversal, foram utilizados os dados dos módulos I (para identificação do número de estabelecimentos e equipes abrangidos pelo PMAQ-AB), módulo II (variáveis II.12.1; II.12.6; II.12.9; II.12.12; II.12.13; II.12.13.1; II.12.13.2; II.12.18; II.13.1; II.14.8; II.31.3; II.31.5) e módulo III (variáveis III.5.1; III. 5.2; III.5.7; III.6.1; III.6.2; III.7.2; III.7.3; III.11.1; III.23.5)²⁴, para analisar os dados relativos a 1.784 UBS, 2.157 equipes (equivalendo a 69,4% das que atuam na região Norte) e 8.394 usuários (*tabela 2*).

As variáveis selecionadas no módulo II versavam sobre itens relativos a acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consultas na UBS, atenção à saúde e de atendimento às populações rurais. Do módulo III (entrevista com o usuário), foram analisados itens relativos a acessibilidade, marcação de consultas na UBS, atendimento e satisfação com o cuidado.

A análise levou em conta a localização geográfica das unidades e as respostas de equipes sediadas em área rural, urbana e equipes urbanas que realizam atendimento a populações rurais. Foram incluídas no último grupo as equipes e as unidades cadastradas como rurais, mas cujas coordenadas geográficas comprovam estar sediadas em espaço urbano e que nas entrevistas aplicadas aos profissionais estes confirmaram atender população rural (questão 31.3 do módulo II).

Para a identificação da localização das unidades de saúde em áreas rurais ou

urbanas, foram utilizadas as coordenadas geográficas de cada estabelecimento, disponíveis no banco de dados do PMAQ-AB. Esses dados foram analisados no sistema de informações geográficas de código aberto QGIS, versão 2.18, utilizando as malhas territoriais municipais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁵. As coordenadas dos estabelecimentos com dados faltantes foram obtidas por meio dos endereços disponíveis no banco de dados e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Para a construção do cenário socioeconômico e sanitário dos municípios da região Norte, foram utilizados os indicadores de saúde disponibilizados pelo Datasus referentes ao ano de 2013, incluindo a cobertura das EqSF, percentual de internações por condições sensíveis à APS, percentual de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com cobertura adequada no município, número de habitantes e proporção de moradores em áreas rurais²⁶. Também foram utilizados dados relativos ao desenvolvimento humano e de desigualdade na distribuição de renda disponibilizados pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁷. Avaliou-se a correlação da cobertura das equipes com os demais indicadores municipais por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 22.0.

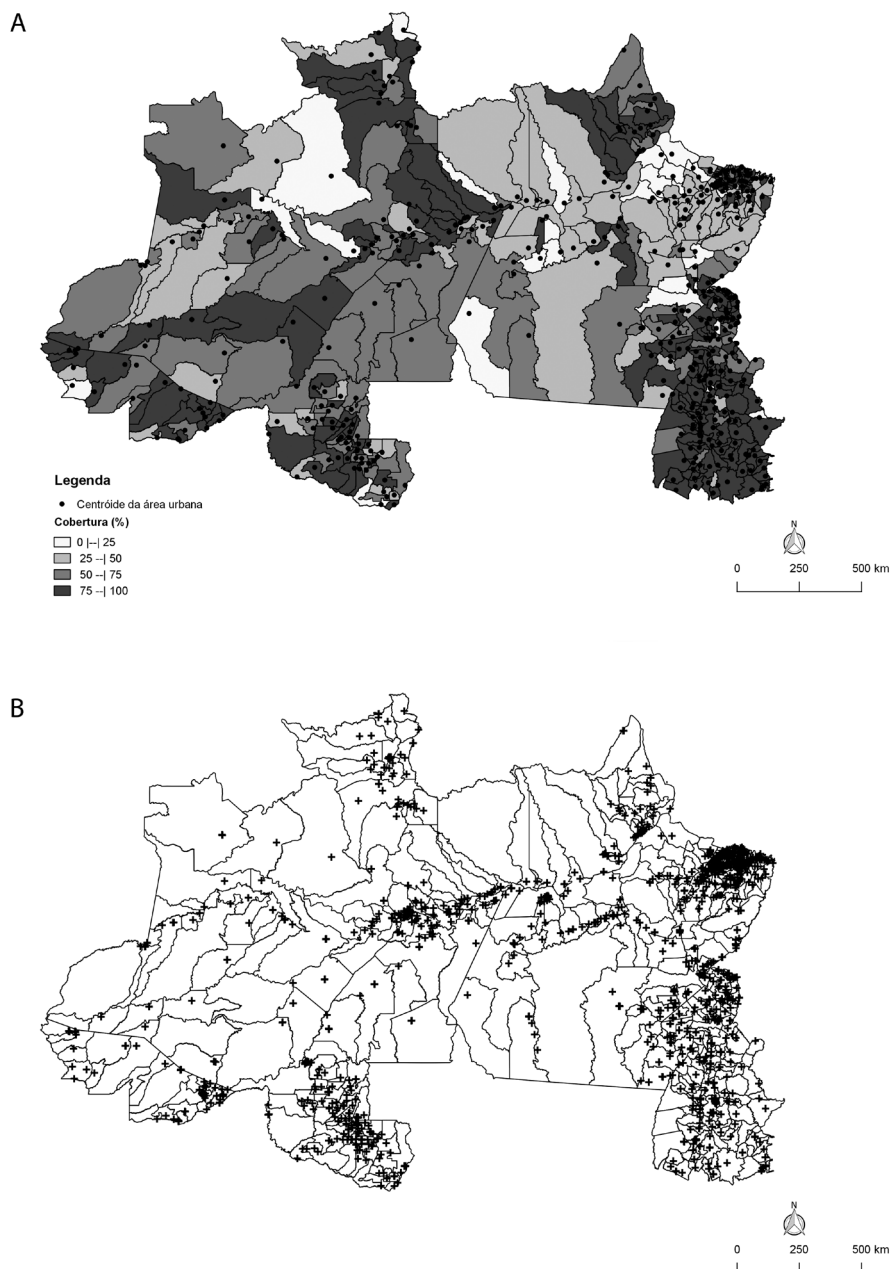
Foram utilizados os bancos de dados de acesso público do PMAQ-AB ciclo 2, disponibilizado em página *web* do Ministério da Saúde²³, além da base de dados do IBGE²⁵. O estudo do PMAQ-AB foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), podendo ser identificado pela CAAE 02040212100005240 e pelo parecer de aprovação nº 117.396, tendo seguido os princípios éticos da Resolução nº 466/12²⁸.

Resultados

O percentual de cobertura estimado para as equipes de APS nos municípios da região Norte está ilustrado na *figura 1A*. Dos 450 municípios, 34% (n=153) apresentaram

cobertura populacional de 100%. Foi encontrada uma correlação negativa entre a população dos municípios e a cobertura das equipes. Quanto menor o porte populacional, maior o percentual de cobertura ($r_s = -0,55$, $p < 0,001$).

Figura 1. A: percentual de cobertura das equipes de APS por município, região Norte, Brasil, 2013. B: localização das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014



A *figura 1* enfatiza, no seu componente A, os vazios assistenciais em grandes áreas da região Norte. O componente B também evidencia a concentração de equipes em certos espaços, como as sedes municipais que nos estados do Amazonas e do Acre tendem a se instalar nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que vive distante dos cursos d'água. Já em estados como Pará, Rondônia e Tocantins, onde a malha viária é mais expressiva, observa-se maior presença de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em cidades distribuídas ao longo das estradas.

Os indicadores municipais avaliados no estudo estão descritos na *tabela 1*, que traz a proporção de população rural nos municípios da região, variando de 0,2% a 95,8%

(mediana=0,44). A correlação entre o percentual de cobertura e a proporção de população rural nos municípios foi muito fraca ($rs=0,11$, $p=0,025$). Além disso, embora os municípios com maior cobertura tenham apresentado menor percentual de internações por condições sensíveis à APS, a correlação apresentada também foi fraca ($rs=-0,20$, $p<0,001$). O mesmo ocorreu para o percentual de vacinas com cobertura adequada ($rs=0,11$, $p=0,025$). Foi encontrada ainda correlação fraca da cobertura das equipes com o índice de Gini ($rs=-0,22$, $p<0,001$) e correlação moderada com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ($rs=0,35$, $p<0,001$), sugerindo uma melhor cobertura nos municípios com melhores indicadores.

Tabela 1. Medidas de tendência central e dispersão (mediana e amplitude) dos indicadores utilizados para caracterização socioeconômica e sanitária dos municípios da região Norte

Unidade da Federação	% população rural	% cobertura atenção básica	% internações por condições sensíveis à atenção básica	% vacinas com cobertura adequada	índice de Gini	IDHM
AC	44,0 (8,2-86,7)	97,4 (19,8-100)	40,8 (15,9-55,5)	22,2 (11,1-77,8)	0,60 (0,54-0,78)	0,589 (0,469-0,727)
AM	47,0 (0,5-95,8)	60,5 (17,1-100)	41,6 (12,0-73,7)	44,4 (11,1-100)	0,61 (0,52-0,80)	0,564 (0,450-0,737)
AP	34,1 (2,1-58,9)	90,2 (58,7-100)	22,8 (11,9-62,1)	66,7 (11,1-100)	0,61 (0,55-0,69)	0,641 (0,576-0,733)
PA	52,1 (0,2-88,1)	50,5 (0-100)	40,8 (11,9-70,5)	55,6 (0-100)	0,56 (0,42-0,70)	0,583 (0,418-0,746)
RO	48,4 (5,2-83,1)	71,1 (0-100)	35,8 (15,6-55,5)	77,8 (11,1-100)	0,53 (0,43-0,67)	0,643 (0,584-0,736)
RR	56,7 (2,3-86,9)	100 (22,9-100)	28,5 (16,0-45,9)	22,2 (11,1-88,9)	0,66 (0,53-0,78)	0,624 (0,453-0,752)
TO	35,6 (2,3-78,4)	100 (0-100)	30,4 (10,3-53,6)	77,8 (0-100)	0,54 (0,42-0,74)	0,639 (0,500-0,788)
Região Norte	44,2 (0,2-95,8)	83,3 (0-100)	36,1 (10,3-73,7)	55,6 (0-100)	0,56 (0,42-0,80)	0,609 (0,418-0,788)

Fonte: Datasus²⁶; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁷.

Dos 153 municípios que apresentavam cobertura populacional de 100%, um terço (33,3%) apresentava população rural maior que a urbana (*tabela 1*). Entretanto, a *figura 1B* mostrou que a maioria das equipes avaliadas no segundo ciclo do PMAQ-AB (82%)

está sediada em áreas urbanas dos municípios; além disso, 38,7% das equipes localizadas nas áreas urbanas (22,9% do total) declararam realizar atendimento de populações rurais, ou seja, atuam em locais distantes de suas áreas de abrangência.

Tabela 2. Quantitativo de unidades de saúde, equipes e usuários participantes do 2o ciclo do PMAQ-AB segundo as categorias rural, urbana e urbana que atende população rural, região Norte, Brasil, 2013-2014

UF/ Região	Unidades Básicas de Saúde participantes do PMAQ-AB				Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB				Usuários participantes do PMAQ-AB			
	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total	Rural (R)	Urbana (U)	Urbana que atende Rural (UR)	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
AC	17 (18,7)	51 (56,0)	23 (25,3)	91 (100)	17 (17,5)	55 (56,7)	25 (25,8)	97 (100)	213 (55,2)	68 (17,6)	105 (27,2)	386 (100)
AM	49 (12,3)	263 (65,8)	88 (22,0)	400 (100)	57 (12,2)	315 (67,3)	96 (20,5)	468 (100)	1281 (68,5)	224 (12,0)	365 (19,5)	1870 (100)
AP	14 (18,9)	46 (62,2)	14 (18,9)	74 (100)	14 (11,1)	96 (76,2)	16 (12,7)	126 (100)	403 (78,7)	60 (11,7)	49 (9,6)	512 (100)
PA	217 (31,6)	345 (50,2)	125 (18,2)	687 (100)	224 (28,9)	420 (54,1)	132 (17,0)	776 (100)	1683 (54,3)	888 (28,7)	528 (17,0)	3099 (100)
RO	38 (21,2)	81 (45,3)	60 (33,5)	179 (100)	41 (16,3)	142 (56,3)	69 (17,0)	252 (100)	580 (56,3)	168 (16,3)	283 (27,4)	1031 (100)
RR	13 (21,7)	31 (51,7)	16 (26,7)	60 (100)	13 (16,9)	46 (59,7)	18 (27,4)	77 (100)	172 (53,1)	60 (18,5)	92 (28,4)	324 (100)
TO	19 (6,5)	149 (50,7)	126 (42,9)	294 (100)	22 (6,1)	201 (55,7)	138 (38,2)	361 (100)	660 (56,4)	67 (5,7)	444 (37,9)	1171 (100)
Região	367	966	451	1784	388	1275	494	2157	4992	1536	1867	8394
Norte	(20,6)	(54,1)	(25,3)	(100)	(18,0)	(59,1)	(22,9)	(100)	(59,5)	(18,3)	(22,2)	(100)

Fontes: PMAQ-AB²³; IBGE²⁵.

A *tabela 2* reafirma a observação anterior de que a maioria das UBS se localiza em espaços urbanos (54,1%), em contraponto a 367 (20,6%) assentadas em áreas rurais. A mesma tabela traz 461 (25,3%) unidades cadastradas como rurais, mas cujo regime de funcionamento levou ao seu enquadramento na categoria urbana que atende população rural. Se todas estivessem sediadas em zona rural, essa população teria a seu dispor 45,9% do total das UBS da região Norte, o que não ocorre, já que o interiorano conta apenas com 20,6% delas atuando em territórios rurais. No caso de Roraima, o somatório de UBS rurais e urbanas que informam atender população rural (n=29, 48,4%) é pouco menor que percentual de UBS urbanas (51,7%). No Pará, tal proporção é quase equivalente (341/345). Observa-se comportamento similar para a variável equipes da ESF.

No que diz respeito aos usuários, a maioria

das entrevistas (81,7% dos entrevistados) foi registrada em unidades rurais. Entretanto essa informação é inconclusiva devido ao supracitado viés amostral para a seleção de usuários pelo PMAQ-AB. O que a informação contida na *tabela 2* permite inferir é que a presença de usuários nas UBS rurais foi elevada no momento da coleta de dados, já que o número de usuários rurais entrevistados excedeu em 3,2 vezes o número de entrevistados urbanos, embora o número de equipes e unidades seja muito maior nas cidades.

São resultados que tanto podem decorrer de recusa dos usuários urbanos em responder à pesquisa quanto de baixa frequência deles nas unidades, dificultando a obtenção das entrevistas. O percentual de usuários entrevistados em unidades urbanas que atendem população rural também foi maior que o percentual alcançado nas unidades e equipes puramente urbanas (22,2% contra 18,3% de urbanas).

Os dados disponíveis não permitem conclusões indubitáveis sobre tais eventos. Se por um lado eles podem ser atribuídos a um elevado deslocamento de residentes em áreas rurais para as unidades citadinas escaladas para atendê-los, por outro não há como comprovar (ou refutar) que o atendimento ali feito seja voltado exclusivamente para os rurícolas, ou se também englobam a demanda de moradores urbanos residentes nas proximidades dessas UBS. A última hipótese é reforçada por

resultados que serão apresentados na *tabela 4*, na qual 97% dos entrevistados, para toda região Norte, informam distância de até 15 minutos entre sua casa e a UBS. As grandes distâncias características da Amazônia arrazoam contra a possibilidade desses respondentes serem, de fato, moradores de área rural.

Os dados do instrumento de avaliação externa obtidos por meio da entrevista com os profissionais das equipes estão descritos na *tabela 3*.

Tabela 3. Indicadores de acesso segundo equipes da Estratégia Saúde da Família participantes do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014

Indicadores	AC				AM			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	16 (94)	53 (96)	25 (100)	94 (97)	47 (82)	265 (84)	83 (86)	395 (84)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	11 (65)	36 (65)	12 (48)	59 (61)	31 (54)	226 (72)	70 (73)	327 (70)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	7 (41)	39 (71)	18 (72)	64 (66)	49 (86)	284 (90)	81 (84)	414 (88)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	7 (44)	30 (57)	14 (56)	51 (54)	23 (49)	124 (47)	52 (63)	199 (50)
Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	4 (24)	31 (56)	12 (48)	47 (48)	28 (49)	183 (58)	53 (55)	264 (56)
Com hora marcada	5 (29)	14 (25)	10 (40)	29 (30)	14 (25)	97 (31)	23 (24)	134 (29)
Fila para pegar senha	10 (59)	30 (55)	6 (24)	46 (47)	22 (39)	78 (25)	50 (52)	150 (32)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	17 (100)	53 (96)	25 (100)	95 (98)	46 (81)	253 (80)	66 (69)	365 (78)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedeiras, pajés e rezadeiras	2 (12)	5 (9)	5 (20)	12 (12)	18 (32)	34 (11)	19 (20)	71 (15)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	9 (60)	2 (33)	16 (64)	27 (59)	30 (63)	10 (31)	57 (59)	97 (55)
Total	17	55	25	97	57	315	96	468
Indicadores	RO				RR			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	38 (93)	134 (94)	64 (93)	236 (94)	13 (100)	36 (78)	15 (83)	64 (83)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	17 (41)	111 (78)	43 (62)	171 (68)	10 (77)	27 (59)	11 (61)	48 (62)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	23 (56)	117 (82)	47 (68)	163 (65)	12 (92)	36 (78)	15 (83)	63 (82)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	24 (58)	68 (48)	34 (49)	164 (65)	9 (69)	9 (25)	8 (53)	26 (41)

Tabela 3. (cont.)

Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	19 (46)	57 (40)	31 (45)	107 (42)	7 (54)	13 (28)	6 (33)	26 (34)
Com hora marcada	12 (29)	21 (15)	9 (13)	42 (17)	2 (15)	7 (15)	0 (0)	9 (12)
Fila para pegar senha	26 (63)	90 (63)	48 (69)	164 (65)	10 (77)	33 (72)	18 (100)	61 (79)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	38 (93)	131 (92)	60 (87)	229 (91)	13 (100)	46 (100)	18 (100)	77 (100)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras	3 (7)	5 (4)	3 (4)	11 (4)	1 (8)	2 (4)	1 (6)	4 (5)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	28 (88)	10 (67)	46 (67)	84 (72)	5 (71)	2 (100)	9 (50)	16 (27)
Total	41	142	69	252	13	46	18	77
Indicadores	AP				PA			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	14 (100)	91 (95)	16 (100)	121 (96)	213 (95)	403 (96)	131 (99)	747 (96)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	8 (57)	80 (83)	14 (88)	102 (81)	179 (80)	335 (80)	110 (83)	624 (80)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	11 (79)	88 (92)	16 (100)	115 (91)	205 (92)	386 (92)	121 (92)	712 (92)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	7 (50)	38 (40)	9 (56)	54 (43)	128 (57)	235 (56)	87 (66)	450 (58)
Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	6 (43)	9 (9)	5 (31)	20 (16)	113 (50)	214 (51)	76 (58)	403 (52)
Com hora marcada	2 (14)	42 (44)	6 (38)	50 (40)	64 (29)	151 (36)	41 (31)	256 (33)
Fila para pegar senha	8 (57)	35 (36)	8 (50)	51 (40)	74 (33)	129 (31)	36 (27)	239 (31)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	14 (100)	93 (97)	14 (88)	121 (96)	204 (91)	394 (94)	123 (93)	721 (93)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras	2 (14)	10 (10)	5 (31)	17 (13)	31 (14)	20 (5)	18 (14)	69 (9)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	7 (54)	9 (43)	8 (50)	24 (48)	95 (64)	7 (29)	76 (58)	178 (58)
Total	14	96	16	126	224	420	132	776
Indicadores	TO				Região Norte			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acolhimento à demanda espontânea								
Equipe realiza acolhimento	22 (100)	195 (97)	135 (98)	352 (98)	363 (94)	1177 (92)	469 (95)	2009 (93)
Reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	19 (86)	182 (91)	114 (83)	315 (87)	275 (71)	997 (78)	374 (76)	1646 (76)
Usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia	19 (86)	180 (90)	113 (82)	312 (86)	326 (84)	1130 (89)	411 (83)	1867 (87)
Equipe foi capacitada para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários ¹	16 (73)	133 (66)	76 (55)	225 (62)	214 (55)	637 (50)	280 (57)	1131 (52)

Tabela 3. (cont.)

Agendamento de consultas na UBS								
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	12 (55)	103 (51)	76 (55)	191 (53)	189 (49)	610 (48)	259 (52)	1058 (49)
Com hora marcada	6 (27)	50 (25)	36 (26)	92 (25)	105 (27)	382 (30)	125 (25)	612 (28)
Fila para pegar senha	6 (27)	86 (43)	66 (48)	158 (44)	156 (40)	481 (38)	232 (47)	869 (40)
Agenda dos profissionais organizada para realização de visitas domiciliares	22 (100)	197 (98)	131 (95)	350 (97)	354 (91)	1167 (92)	437 (88)	1958 (91)
Articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzedeiras, remedeiras, pajés e rezadeiras	3 (14)	9 (4)	6 (4)	18 (5)	60 (15)	85 (7)	57 (12)	202 (9)
Transporte disponível para viabilizar o atendimento à população rural ²	17 (85)	8 (89)	113 (82)	138 (83)	191 (69)	48 (4)	325 (66)	564 (68)
Total	22	201	138	361	388	1275	494	2157

Fonte: PMAQ-AB²³; IBGE²⁵.

R=UBS Rural; U=UBS urbana; UR=UBS urbana que atende rural.

¹nEqSF que realizam acolhimento à demanda espontânea na UBS: AC= 94 ; AM=395; RR=236; RO= 64; AP=121; PA=747 ; TO=352 ; RN=2009.

²nEqSF que realiza ações com as comunidades tradicionais/ assentados/ população rural: AC= 46; AM= 176; RR=27; RO=101; AP=50 ; PA=305 ; TO=167 ; RN=827.

A *tabela 3* mostra um valor médio de 93% das equipes da região Norte que informaram realizar acolhimento à demanda espontânea; na discriminação por Unidade da Federação (UF), os menores percentuais foram encontrados no Amazonas (84%) e em Roraima (83%). A reserva de vagas para demanda espontânea variou de 61% (Acre) a 87% (Tocantins), indicando a necessidade de melhoria de desempenho nesse item. Embora 87% das equipes relatem que o usuário sai da UBS com a consulta marcada nas situações que não exijam atendimento no mesmo dia, as equipes rurais do Acre e de Rondônia (aqui incluídas as urbanas que atendem população rural) relataram menor percentual de marcação de consultas nesses casos.

Dificuldades para o agendamento em qualquer dia e horário foram identificadas para o conjunto da região Norte (em média, apenas 49% das equipes consegue efetivar esse tipo de agendamento). Nesse item, os percentuais mais baixos ocorreram entre as equipes rurais do Acre (24%) e do Amapá (43%). Foi baixa a frequência de agendamento com hora marcada (28% para o conjunto da região), independentemente de a atuação ser rural ou urbana. Por outro lado, o percentual de equipes capacitadas

para avaliar risco e vulnerabilidade dos usuários só ultrapassou os 60% nos estados de Roraima e do Tocantins. Nos outros estados, os percentuais se mantiveram na casa dos 50%, exceto em Roraima (41%) e no Amapá (43%).

A entrada em fila para pegar senha foi mais comum para as populações rurais, sendo mais frequente no atendimento feito por equipes urbanas que atendiam populações rurais (variando entre 24% no Acre a 100% em Roraima). A organização da agenda para realizar visitas domiciliares foi relatada por cerca de 90% dos entrevistados. No Amazonas, em Rondônia, no Amapá e no Tocantins, esses percentuais foram menores para equipes urbanas que declararam atender populações rurais.

A adoção de alternativas complementares de tratamento mediante articulação com cuidadores tradicionais foi irrelevante, em especial nas áreas urbanas (7% para o conjunto da região). Aproximadamente um terço das equipes da região que atendem as populações rurais declarou não dispor de transporte disponível para viabilizar o atendimento aos seus usuários.

A *tabela 4* descreve os dados de avaliação externa obtidos por meio de entrevistas com os usuários nas unidades de saúde.

Tabela 4. Indicadores de acesso segundo usuários participantes do PMAQ-AB, região Norte, Brasil, 2013-2014

Indicadores	AC				AM			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	65 (96)	206 (97)	103 (98)	374 (97)	221 (99)	1252 (98)	347 (95)	1820 (97)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	42 (62)	180 (85)	84 (80)	306 (79)	163 (73)	1017 (79)	272 (75)	1452 (78)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	53 (78)	191 (90)	93 (89)	337 (87)	169 (75)	1094 (85)	313 (86)	1576 (84)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	12 (18)	66 (31)	21 (20)	99 (26)	124 (55)	747 (58)	180 (49)	1051 (56)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	17 (25)	80 (38)	25 (24)	122 (32)	48 (21)	209 (16)	72 (20)	329 (18)
Usuário fica na fila para pegar ficha	11 (16)	58 (27)	41 (39)	110 (28)	32 (14)	286 (22)	129 (35)	447 (24)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	12 (18)	66 (31)	38 (36)	116 (30)	95 (42)	483 (38)	145 (40)	723 (39)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	34 (50)	71 (33)	39 (37)	144 (37)	112 (50)	483 (38)	155 (42)	750 (40)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	38 (56)	73 (34)	40 (38)	151 (39)	113 (50)	502 (39)	159 (44)	774 (41)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	60 (88)	165 (77)	88 (84)	313 (81)	193 (86)	1003 (78)	302 (83)	1498 (80)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	52 (76)	174 (82)	89 (85)	315 (82)	157 (70)	1016 (79)	287 (79)	1460 (78)
Total	68	213	105	386	224	1281	365	1870
Indicadores	RO				RR			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	163 (98)	580 (100)	281 (99)	1024 (99)	59 (98)	169 (98)	91 (99)	319 (98)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	126 (75)	441 (76)	207 (73)	774 (75)	49 (82)	133 (77)	72 (78)	254 (78)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	137 (82)	512 (88)	232 (82)	881 (85)	34 (57)	110 (64)	73 (79)	231 (71)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	43 (26)	210 (36)	122 (43)	375 (36)	20 (33)	94 (55)	31 (34)	145 (45)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	40 (24)	66 (11)	61 (22)	167 (16)	16 (27)	65 (38)	34 (37)	115 (35)
Usuário fica na fila para pegar ficha	35 (21)	113 (19)	48 (17)	196 (19)	33 (55)	72 (42)	51 (55)	156 (48)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	58 (35)	235 (41)	97 (34)	390 (38)	5 (8)	15 (9)	5 (5)	25 (8)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	87 (52)	231 (40)	148 (52)	466 (45)	24 (40)	33 (19)	15 (16)	72 (22)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	87 (52)	251 (43)	152 (54)	490 (48)	25 (42)	35 (20)	14 (15)	74 (23)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	141 (84)	456 (79)	222 (78)	819 (79)	46 (77)	104 (60)	69 (75)	219 (68)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	146 (87)	466 (80)	234 (83)	846 (82)	39 (65)	97 (56)	61 (66)	197 (61)
Total	168	580	283	1031	60	172	92	324

Tabela 4. (cont)

Indicadores	AP				PA			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	60 (100)	397 (99)	49 (100)	506 (99)	879 (98)	1662(99)	514 (97)	3055 (99)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	44 (73)	280 (69)	28 (57)	352 (69)	692 (78)	1377 (82)	386 (73)	2455 (79)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	50 (83)	330 (82)	39 (80)	419 (82)	723 (81)	1371 (81)	426 (81)	2520 (81)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	29 (48)	208 (52)	26 (53)	263 (51)	491 (55)	985 (59)	288 (55)	1764 (57)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	10 (17)	76 (19)	8 (16)	94 (18)	262 (30)	442 (26)	138 (26)	842 (27)
Usuário fica na fila para pegar ficha	16 (27)	127 (32)	22 (45)	165 (32)	138 (16)	389 (23)	108 (20)	635 (20)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	7 (12)	34 (8)	6 (12)	47 (9)	374 (42)	596 (35)	205 (39)	1175 (38)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	33 (55)	157 (39)	22 (45)	212 (41)	457 (51)	749 (45)	251 (48)	1457 (47)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	34 (57)	158 (39)	22 (45)	214 (42)	494 (56)	794 (47)	260 (49)	1548 (50)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	43 (72)	347 (86)	35 (71)	425 (83)	750 (84)	1339 (80)	413 (78)	2502 (81)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	54 (90)	317 (79)	35 (71)	406 (79)	713 (80)	1232 (73)	412 (78)	2357 (76)
Total	60	403	49	512	888	1683	528	3099
Indicadores	TO				Região Norte			
	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)	R n(%)	U n(%)	UR n(%)	Total n(%)
Acessibilidade								
Distância de até 15 minutos da casa até a UBS	64 (96)	653 (99)	434 (98)	1151 (98)	1512 (98)	4918 (99)	1819 (97)	8249 (98)
Chegada até à UBS é fácil ou muito fácil	56 (84)	502 (76)	309 (70)	867 (74)	1172 (76)	3930 (79)	1358 (73)	6460 (77)
Horário de funcionamento da UBS atende às necessidades	55 (82)	548 (83)	378 (85)	981 (84)	1221 (79)	4156 (83)	1554 (83)	6931 (83)
Marcação de consulta na UBS								
Usuário vai à UBS e marca consulta	41 (61)	393 (60)	233 (52)	667 (57)	760 (49)	2703 (54)	901 (48)	4364 (52)
Usuário vai à UBS e tem que pegar ficha	25 (37)	161 (24)	129 (29)	315 (27)	418 (27)	1099 (22)	467 (25)	1984 (24)
Usuário fica na fila para pegar ficha	6 (9)	127 (19)	67 (15)	200 (17)	271 (18)	1172 (23)	466 (25)	1909 (23)
Usuário marca consulta em qualquer dia da semana, em qualquer horário	37 (55)	233 (35)	215 (48)	485 (41)	588 (38)	1662 (33)	711 (38)	2961 (35)
Atendimento								
Quando vai à UBS sem hora marcada, é bem ou muito bem recebido	39 (58)	274 (42)	217 (49)	530 (45)	786 (51)	1998 (40)	847 (45)	3631 (43)
No momento em que foi recebido na UBS, foi realizado algo para resolver o seu problema	42 (63)	318 (48)	227 (51)	587 (50)	833 (54)	2131 (43)	874 (47)	3838 (46)
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	59 (88)	572 (87)	379 (85)	1010 (86)	1292 (84)	3986 (80)	1508 (81)	6786 (81)
Cuidado que recebe da equipe é bom ou muito bom	46 (69)	436 (66)	313 (70)	795 (68)	1207 (79)	3738 (75)	1431 (77)	6376 (76)
Total	67	660	444	1171	1536	4992	1867	8394

Fonte: PMAQ AB²³; IBGE²⁵.

R=UBS Rural; U=UBS urbana; UR=UBS urbana que atende rural.

A grande maioria dos entrevistados (mais de 97% em todas as UF e região Norte) relatou levar menos de 15 minutos para chegar até a unidade de saúde, sugerindo, à primeira vista, um acesso fácil aos serviços. Porém, os dados não são conclusivos a respeito do perfil dos entrevistados – se são rurícolas ou moradores da cidade – em unidades de saúde localizadas na área urbana que informam atender áreas rurais. Quanto ao horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, 79% dos entrevistados em UBS rurais da região Norte consideram que tal horário atende às suas necessidades, embora isso não tenha ocorrido em todas as unidades da federação avaliadas.

Em relação à marcação de consulta, observou-se que 25% dos usuários atendidos por equipes urbanas que atendem populações rurais relataram enfrentar filas para obter marcação de consultas, em contraponto a 11% de usuários de unidades rurais. Tal informação contrasta com as falas dos profissionais que informam que 40% dos usuários atendidos em unidades rurais e 47% dos rurais atendidos em meio urbano enfrentam filas (*tabela 3*).

Em estados como Acre, Rondônia e Roraima, foi relatada maior dificuldade para marcação de consulta em qualquer dia e horário da semana para equipes rurais ou que atendiam essas populações. As visitas domiciliares por agentes comunitários foram mais relatadas pelos usuários dos serviços de equipes que atuam na área rural (84%). Usuários das equipes que atendem populações rurais, em especial das equipes sediadas de fato em área rural, relataram maior percentual (53%) de acolhimento à demanda espontânea e maior satisfação (79%) com o atendimento recebido.

Em geral, observou-se maior discrepância entre rural e urbano para as variáveis reserva de vagas para atendimento à demanda espontânea, cujos percentuais foram menores entre as equipes rurais (especialmente nos estados do Acre, do Amapá e do Amazonas), assim como na interação com cuidadores

tradicionais. Chama atenção o limitado percentual de equipes que declaram dispor de transporte (69% das rurais e 66% das urbanas que atendem população rural) para atender seu usuário. Trata-se de problema relevante porque as que atuam na cidade serão obrigadas a se deslocar por longas distâncias a fim de acompanhar sua clientela rural.

Discussão

A estimativa da cobertura assistencial é um indicador relevante na avaliação da APS e da atuação das EqSF no Brasil^{29,30}. Entretanto, análises que incluam populações rurais da região Norte devem ampliar seu escopo a fim de apreender as singularidades do acesso aos serviços de saúde por tais grupos. Os resultados mostram que os municípios com menor porte populacional apresentam maiores coberturas, o que não se traduz, necessariamente, em maior acessibilidade geográfica ou organizacional, nos termos de Donabedian¹⁸.

A distribuição espacial dos estabelecimentos, realizada com base nas coordenadas geográficas que localizam as EqSF que aderiram ao PMAQ-AB, evidencia uma concentração da oferta de serviços nas sedes dos municípios, número que abrange 38,7% de equipes que declararam atender populações rurais, embora sediadas em áreas urbanas. Os dados disponíveis no banco de dados do PMAQ-AB não propiciam explicações sobre as razões pelas quais as Secretarias Municipais de Saúde decidiram alocar profissionais da ESF em territórios distantes da moradia de sua população adstrita. Entretanto, os resultados apresentados demonstram o prejuízo gerado por tal arranjo, que contraria inclusive diretrizes e rotinas preconizadas para APS.

São escassas as investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde em áreas rurais da Amazônia legal. Em estudo de caso sobre acesso e uso de serviços odontológicos em município no interior do Amazonas³¹, verificou-se haver duas formas de acesso

a serviços de saúde bucal por populações rurais: ou os usuários se deslocavam por seus próprios meios, com o ônus físico e financeiro implícito nesta opção, ou aguardavam a passagem de unidades móveis que prestavam atendimento com periodicidade irregular e com reduzido tempo médio de permanência em cada localidade, inviabilizando ações de prevenção e de promoção da saúde dos indivíduos atendidos na área rural.

Em publicação que discute os resultados do primeiro ciclo do PMAQ-AB no estado do Amazonas³², os autores apontaram insuficiente extensão de cobertura dos serviços às populações rurais. Quando presente, esta é desenvolvida de modo itinerante, ou por meio da designação de equipes urbanas de APS para atender os municípios do interior. Cabe a estes assumir o ônus físico e financeiro, do deslocamento até a cidade, o que adiciona novas barreiras de acesso ao cuidado desejado. Pondera-se aqui, que mesmo nos casos em que os percentuais de cobertura pareçam estar próximos ao desejável em termos estritamente numéricos, no caso da região Norte, é preciso entender que o percentual de cobertura alcançado pela ESF não leva em conta as grandes distâncias, a dispersão populacional e o dispêndio financeiro imposto aos usuários. Estes deveriam dispor de cuidados ofertados na sua vizinhança, mas terão que buscá-los em locais distantes.

Assis e Jesus³³ correlacionam o acesso com a disponibilidade de consultas e seus agendamentos, mas também com a possibilidade de adentrar aos serviços para atender demandas não agendadas, mas entendidas como prioritárias pelos usuários. Tal abordagem se enquadra neste estudo na análise da acessibilidade sócio-organizacional. Resultados apresentados para este item evidenciam pouca flexibilidade das equipes em acolher as demandas de usuários que enfrentam as grandes distâncias para chegar até a unidade. Embora a maior parte dos respondentes tenha afirmado realizar o acolhimento à demanda espontânea, 40% deles informam que usuários de zona rural entram

em filas para agendar ou obter consultas e que têm poucas oportunidades obter atendimento no mesmo dia, ou dispor de vagas extras ou reservadas para demanda espontânea.

Tais achados são congruentes com as publicações^{34,35} que identificam rigidez nas ações das equipes que se ancoram na centralidade do atendimento médico, aliada ao despreparo para proporcionar um acolhimento adequado. Ao priorizar a realização de procedimentos previamente programados, as rotinas operacionais preponderam sobre as necessidades dos usuários e deixam em plano secundário a produção de vínculo e de acolhimento, gerando insatisfações e filas ou desistência da busca pelo cuidado³⁶. Nesse âmbito, é preocupante a existência de 40% ou mais de equipes que não estão capacitadas para avaliar situações de risco clínico e vulnerabilidade dos usuários.

Os usuários de origem rural enfrentam importantes problemas de acesso e de não atendimento de necessidades no que diz respeito ao horário de funcionamento da unidade, ao tempo de espera e oferta de visitas domiciliares. Tal queixa ganha contornos concretos ao relembrar que um terço das equipes de saúde informa não dispor de transporte para realização de suas atividades, permitindo entender a restrição da oferta de visitas domiciliares.

A satisfação/insatisfação costuma ser mediada pelo modo como os usuários são tratados pelas equipes. A valorização da gentileza, da escuta e da acolhida feita pelos profissionais revela a importância de cultivar o vínculo e de adotar as tecnologias leves^{37,38}. Por outro lado, a disponibilização de ações de saúde, mesmo restritas, quando comparada à lacuna assistencial anterior à implantação do modelo da ESF, pode induzir usuários a demonstrar níveis elevados de satisfação, mesmo em vigência de barreiras de acesso ao serviço e de pouca regularidade na oferta do cuidado³⁹.

Assim como a literatura reconhece as desigualdades nas condições de saúde e

de utilização dos serviços entre as regiões do País⁴⁰, o presente estudo sugere ainda a existência de iniquidades que decorrem não apenas das diferenças geográficas, de acidentes naturais e das formas de ocupação do território, mas que se ligam a níveis mais amplos de determinação social, como diferenças de poder aquisitivo e da posse de meios de transporte, que auxiliam na superação das barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Quando retomada à luz dos principais teóricos de apoio adotados no artigo, a análise global dos resultados evidencia a presença de importantes limites de acessibilidade geográfica – que Unglert¹⁶ define em termos de tempo e dificuldade/facilidade de deslocamento, e que têm, segundo Giovanella e Fleury¹⁷, relação com a distância entre serviços de saúde e locais de moradia dos usuários –, temáticas inerentes à condição de residente em área rural. Entretanto, ao invés de buscar neutralizá-las ou compensá-las, o sistema de saúde adiciona novas barreiras à acessibilidade de tipo organizacional¹⁸ ao optar pela oferta de cuidados de saúde em espaços urbanos para residentes em áreas rurais.

Somam-se a estas as outras dificuldades comuns a todos os usuários, tanto urbanos, quanto rurais, como longo tempo de espera, enfrentamento de filas e baixa possibilidade de atendimento imediato, que também se fazem presentes na realidade estudada. Nesse sentido, o acolhimento¹⁹, entendido como escuta qualificada com vistas a ampliar a acessibilidade aos serviços, também fica prejudicado, já que os dados mostram elevados percentuais de dificuldade para marcar consultas. Tais elementos caracterizam um acolhimento mais comprometido com a lógica administrativa do que com as necessidades percebidas pelos usuários.

Como toda pesquisa, esta também apresenta limitações, sendo apontados aqui aspectos inerentes ao desenho avaliativo do PMAQ-AB, cuja seleção de informantes é baseada na livre adesão, e não por escolha

randômica. Ainda assim, deve-se levar em conta que o estudo abrangeu quase 70% dos prestadores de serviços públicos de atenção primária na região Norte. A seleção dos usuários padece de problemas similares, uma vez que os entrevistados foram selecionados aleatoriamente, mas entre os presentes nos estabelecimentos. Ou seja, além de não representarem o universo da população atendida pelas equipes, os resultados relativos aos usuários expressam a perspectiva dos que já acessaram o serviço, obscurecendo o ponto de vista daqueles que ali não conseguiram chegar. Todavia não é desprezível a pertinência dos dados produzidos no âmbito do PMAQ-AB, quer seja por sua abrangência, quer seja por gerarem informações regulares nos três ciclos já realizados, ou ainda por proverem informações sobre uma população relativamente invisível nos grandes inquéritos domiciliares que vêm sendo realizados no País.

Considerações finais

Em que pese o fato conhecido de que as populações rurais se distribuem de forma esparsa no território e que enfrentam limitações de acesso aos serviços de saúde, os dados demonstram a dificuldade das EqSF em atenuar a rigidez de suas programações de modo a atender à demanda espontânea e a propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade para aqueles que vêm de longe. Fazê-lo exigiria um reordenamento das rotinas de APS no sentido de alcançar maior flexibilidade e sensibilidade com as necessidades do usuário rural.

Evitar a peregrinação em busca de atendimento especializado, via de regra ofertado apenas nos centros urbanos, exigiria também uma ampliação de investimento em rede física e capacitação de pessoal, buscando ampliar o patamar resolutivo da rede de APS na região Norte. Por outro lado, a falta

de transporte disponível e regular nas áreas rurais da Amazônia legal é um importante fator de restrição de acesso dos usuários que se deslocam em busca de atendimento.

De modo geral, os usuários avaliaram positivamente não apenas o tempo de deslocamento até a unidade de saúde como também o horário de funcionamento dos estabelecimentos investigados. Porém, as características do estudo, ao entrevistar usuários que já estavam em sala de espera para atendimento, permitem inferir que os resultados obtidos excluem a clientela que é potencialmente a menos satisfeita: ou seja, aqueles que não conseguiram se fazer presentes nas unidades, os quais devem enfrentar barreiras ainda maiores de acesso. Além disso, as respostas dos usuários nesse item contrastam fortemente com as avaliações dos profissionais sobre o mesmo tema.

Assim, os vazios assistenciais sugeridos pela distribuição espacial das equipes estudadas parecem apontar para uma lacuna de cobertura, apesar dos percentuais, meramente numéricos, de cobertura contidos nas informações oficiais do sistema de saúde. Estas não atentam para a pulverização da população interiorana, que necessita de modos específicos de organização dos serviços, consoante com as singularidades dos modos amazônicos de viver.

Colaboradores

Todos os autores (Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ) foram responsáveis pela coleta, produção, análise dos dados e redação do artigo. ■

Referências

1. Silva RH, Castro RFM, Bastos JRM, et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(supl.1):1475-1480.
2. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia – Brasil. *Rev Bras Educ Méda.* 2014; 38(4):451-459.
3. Lima JG. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. 244 p.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. 270 p.
5. Travassos C, Viajava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública.* 2007 out; 23(10):2490-2502.
6. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(8):e00037316.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 116 p.
8. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública.* 2017; 51(supl.1):3.
9. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, et al. Regionalização e desenvolvimento humano: Uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31(6):1163-1174.
10. Viana ALD, Machado CV, Baptista TWF, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(supl.2):117-131.
11. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(4):1225-1234.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(4):819-832.
13. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(11):2865-2875.
14. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(1):161-170.
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(supl.2):S190-S198.
16. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 1990; 24(6):445-452.
17. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
18. Donabedian A. Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
19. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, organizador. O trabalho em

- saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
20. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013 maio; 29(5):847-849.
 21. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):182-194.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2013.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Banco de dados PMAQ AB, ciclo 2, 2014 [internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2018 fevereiro 2]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Malhas territoriais municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Rio de Janeiro; IBGE; 2010 [acesso em 2018 fev 12]. Disponível em: ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2010.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde [internet]. Brasília, DF: MS [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
 27. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [internet]. [Sem local]; 2013 [acesso em 2018 maio 15]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012 [acesso 2018 abril 8]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 29. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis* [internet]. 2002 [acesso em 2018 maio 2]; 12(1):47-58.
 30. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 fev, 21(2):327-338.
 31. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cad Saúde Pública*. 2009 ago; 25(8):1827-1838.
 32. Garnelo L, Vieira JR, Souza MLP, et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. *Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes; 2014. p. 60-87.
 33. Assis MMA, Jesus, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-2875.
 34. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):725-737.
 35. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ*. 2010; 14(35):797-810.
 36. Barros DM, Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no

- serviço de emergência. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(5):2473-2482.
37. Erri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface Comum Saúde Educ.* 2017 dez; 11(23):515-529.
38. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública.* 1988; 14(2):429-435.
39. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis.* 2011; 21(3):1061-1076.
40. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC, et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2018 jan [acesso 2018 maio 9]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-regionais-e-sociais-em-saude-segundo-inqueritos-domiciliares-brasil-19982013/16535?id=16535>.

Recebido em 10/06/2018

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Innovation and utility: External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2531-9937> alicedacostaucha@gmail.com

²Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública - Campina Grande (PB), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6662-6610> profclauidiamartiniano@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1807-8191> aninha_arego@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1017-2346> osvaldobay_jr@hotmail.com

⁵Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande - Campina Grande (PB), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9295-1385> wezila@hotmail.com

⁶Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande (PB), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8111-840> italoviniciusad@gmail.com

⁷Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Medicina Tropical (IHMT) - Lisboa, Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9780-9428> zhartz@ihmt.unl.pt

Severina Alice da Costa Uchôa¹, Claudia Santos Martiniano², Ana Angélica Rêgo de Queiroz³, Osvaldo de Goes Bay Júnior⁴, Wezila Gonçalves do Nascimento⁵, Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz⁶, Zulmira Maria de Araújo Hartz⁷

DOI: 10.1590/0103-110420185107

RESUMO O objetivo deste estudo foi avaliar a utilidade da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, considerado uma inovação. Trata-se de pesquisa avaliativa da Avaliação Externa do PMAQ-AB na percepção de sujeitos que vivenciaram a condução dessa avaliação por meio de estudo de caso qualitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e de grupo focal on-line, e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. Observou-se envolvimento dos interessados com pactuação em diferentes esferas da gestão nacional, envolvimento processual entre Departamento de Atenção Básica e Instituições de Ensino e Pesquisa, abrangência nacional facilitada com recurso de Tecnologia da Informação, negociação da logística *in loco* com gestores municipais. Verificou-se credibilidade científica dos avaliadores; a relação entre gestor nacional e instituições de pesquisa não se mostrou conflituosa; as instituições desvelaram conflitos entre gestores e Equipes de Atenção Básica sobre destinação dos recursos provenientes do PMAQ. Constatou-se grande escopo das informações sobre estrutura, processos e resultados; capilaridade e acesso aos resultados. Conclui-se que, na ótica dos participantes do estudo, a Avaliação Externa mostrou-se inovadora e útil à indução da melhoria da qualidade da Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to evaluate the utility of the External Evaluation of the Brazil's National Program for Improvement Access and Quality in Primary Health Care, considered an innovation. It is an evaluation study of the External Evaluation of the PMAQ-AB in the perception of subjects who experienced the conduction of this evaluation through a qualitative case study. The data were collected through a semi-structured interview and the online focal group, and analyzed through the Bardin content analysis. It was observed the involvement of stakeholders with different national management spheres, procedural involvement between the Department of Primary Care and Teaching and Research Institutions, national coverage facilitated with Information Technology resources, negotiation of logistics in loco with municipal managers. Scientific credibility of the evaluators was observed; the relationship between national*



managers and research institutions did not appear to be conflicting; the institutions uncovered conflicts between managers and Primary Care Teams about the allocation of resources to management. A large scope of information on structure, processes, and results was found; capillarity and access to results. It is concluded that from the perspective of the participants of the study, the External Evaluation proved to be innovative and useful to induce the improvement of the quality of Primary Care.

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Program evaluation.*

Introdução

A inovação vem desempenhando um papel cada vez mais relevante na sociedade atual. Segundo o Manual de Oslo¹, a inovação pode acontecer em diversos setores da economia; entre eles, a saúde. Traz um valor intrínseco de mudança que determine valor, seja econômico, estratégico ou de outra natureza, de modo a influenciar no aumento da produtividade e desempenho^{2,3}. Inclui a introdução e aplicação de ideias, processos, produtos ou procedimentos que, simultaneamente, sejam significativos para a unidade que os adota, os quais beneficiam o indivíduo, grupo ou sociedade⁴.

Na saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) cria um ambiente propício à inovação pela confluência e interação entre gestores, prestadores, usuários e Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP). Assim, na APS, a inovação caminha na direção da sustentação de mudanças políticas estruturais e, ao mesmo tempo, traz à comunidade científica problemas de investigação, sendo, portanto, sinérgica às mudanças².

Alguns arranjos institucionais na APS configuraram inovações, quer seja por meio de procedimentos tecnológicos ou ferramentas administrativas com o intuito de impactar no bem-estar da população, quer seja por meio da qualidade e desempenho dos

serviços ofertados^{2,5}. Destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que, desde os anos 2000, implementou uma série de inovações com ‘tecnologias leves’, definidas como as que ocorrem nos espaços relacionais; no caso, serviços ou equipe de profissionais e usuários ou população⁶. Essas inovações remetem ao modelo assistencial tradicional predominante antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, ao introduzir a operacionalização dos seus princípios para garantia do acesso, acolhimento, vínculo e participação social, objetivando tanto a humanização como a resolução das ações de saúde⁷.

A ideia de inovação organizacional remete à necessidade de avaliação da efetividade. A efetividade da ESF como modelo estruturante da APS vem sendo analisada por vários estudos. Um destes, que comparou Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem ESF, evidenciou que, com a ESF, há melhorias no acesso, qualidade e na satisfação dos usuários⁸. Outros trabalhos constataram a redução da mortalidade infantil pós-natal, mais especificamente por doenças diarreicas e infecções pulmonares em áreas cobertas pela ESF^{9,10}.

O atual momento de inflexão da inovação na gestão da APS é representado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A inovação da gestão da APS brasileira

introduzida pelo PMAQ-AB pode ser aprendida pela avaliação de padrões de qualidade que geram certificação e pagamento por desempenho. Esse tipo de incentivo financeiro foi utilizado, de forma isolada ou combinada com outros incentivos, em diferentes países, a exemplo da Austrália e Reino Unido¹¹. Um diferencial do pagamento por desempenho no PMAQ-AB quando comparado às experiências internacionais, que efetuam o pagamento diretamente aos provedores, é o repasse financeiro as gestões municipais de saúde. Um aspecto da inovação está na própria avaliação com o uso extensivo de Tecnologia da Informação (TI). Em especial, quando esta é usada para fins de coleta de dados em todo o território nacional por meio de questionário eletrônico disponibilizado em *tablets* com envio on-line para o Sistema de Gestão da Avaliação Externa do PMAQ-AB, em que os dados podem ser armazenados, validados, disponibilizados para Gestores, universidades e comunidade. Esse sistema representa uma novidade do 3º ciclo do PMAQ-AB que possibilita o acompanhamento em tempo real do trabalho de campo da Avaliação Externa (AE). De acordo com este sistema, em agosto de 2018, já haviam sido avaliadas 38.865 Equipes de Atenção Básica (EAB)¹².

O programa foi criado em 2011 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) com a ideia de indução de ciclos de melhoria da qualidade a cada dois anos: 1º ciclo (2011/2012), 2º ciclo (2013/2014) e 3º ciclo (2015/2018 – em curso).

O PMAQ-AB é organizado nas seguintes fases: adesão voluntária dos gestores municipais de saúde e contratualização das equipes; AE e certificação; e recontratualização. Tem também o eixo ‘desenvolvimento’, que, a partir do 3º ciclo, tornou-se transversal, compreendendo: autoavaliação, apoio institucional, monitoramento, educação permanente e cooperação horizontal entre as equipes. A AE é conduzida por *experts* provenientes de, inicialmente, seis e, posteriormente, nove IEP. Estas IEP, consideradas

nucleadoras, agregam regionalmente mais de 27 IEP associadas. Compete a elas a responsabilidade por selecionar e capacitar as equipes de trabalho de campo, sendo compostas por coordenador, supervisores e entrevistadores. Nessa etapa, os entrevistadores irão aplicar, *in loco*, os instrumentos de AE com os profissionais das EAB e usuários. A AE corresponde a 60% das metas para certificação pelo DAB, que são somados com os 10% atribuídos para implementação de processos autoavaliativos e com os 30% para avaliação dos indicadores contratualizados. Mediante os resultados com a soma dos percentuais dos três momentos avaliativos, as equipes são certificadas pelo DAB conforme o seu desempenho em: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. Subsequentemente, por parte do MS, ocorrerá o repasse de recursos financeiros aos gestores municipais¹³.

Uma das questões que se colocam para qualquer processo avaliativo da qualidade de um programa – e em particular, seu caráter de inovação – é a avaliação da avaliação (meta-avaliação)¹⁴. A magnitude e transcendência do PMAQ-AB e seu pilar na AE justificam a necessidade de avaliar os seus procedimentos para qualificar suas conclusões. Um aspecto crucial da qualidade internacionalmente reconhecido é avaliar a utilidade da avaliação para todos os atores envolvidos.

Destarte, este artigo toma como objeto a AE dentro do escopo do PMAQ-AB, com o pressuposto do programa ser uma inovação da gestão da APS brasileira. O estudo enfoca as questões relacionais entre o DAB, instâncias de pactuação e IEP sobre a escolha das IEP e instrumental da AE; bem como a relação das IEP com gestores e equipes de AB para os procedimentos de logística e coleta dos dados. O objetivo é avaliar a utilidade da AE do PMAQ-AB a partir da percepção dos atores que empreenderam a avaliação. Especificamente, visa avaliar o envolvimento das partes interessadas, credibilidade dos avaliadores, conflitos de interesse, escopo, seleção de informações e impacto da avaliação.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa da AE do PMAQ-AB na percepção de sujeitos que vivenciaram a condução dessa avaliação. Utilizou-se o método do Estudo de Caso¹⁵ com abordagem qualitativa, que possibilita explorar, descrever e explicar um fenômeno contemporâneo, sobre o qual o pesquisador tem pouco controle, em um contexto natural. Pressupõe a implicação pessoal do investigador no estudo.

Contexto da pesquisa

O trabalho de campo ocorreu entre fevereiro e dezembro de 2016, em ambiente virtual, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, em Portugal. As unidades de análise foram Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) e as IEP. A Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) foi escolhida tanto por ser caso exemplar das nove IEP coordenadoras desde o 1º ciclo do PMAQ-AB quanto por seu papel singular de desenvolvedor e gestor da TI utilizada na AE.

População do estudo e amostra

A amostra foi intencional, totalizando 26 sujeitos entre gestores nacionais e pesquisadores. Participaram 12 técnicos, sendo 3 representantes do PMAQ-AB na CCGA e 9 da equipe de desenvolvedores da TI. Compuseram também a amostra 14 pesquisadores (1 coordenador e 13 integrantes sediados na UFRN). Todos os pesquisadores tinham o grau mínimo de mestrado, experiência acadêmica com publicação em avaliação da AB. Todos os participantes foram contatados por meio de convite por *e-mail*.

Instrumento

O instrumento tomou como base o atributo 'utilidade', que é um dos padrões de qualidade da avaliação do Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (<http://www.jcsee.org/>), já utilizado no Brasil¹⁶. Para o Joint, a utilidade tem por objetivo garantir que a avaliação atenda às necessidades de informação dos interessados direta ou indiretamente envolvidos no processo avaliador. O padrão utilidade foi adaptado à teoria do programa reafirmada no Manual Instrutivo do PMAQ – 2º ciclo (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ-AB2013.pdf). Após adaptação, o instrumento foi validado por oito *experts* pela técnica de consenso Delphi¹⁷, no período de fevereiro a abril de 2016. Para o Delphi, tanto o convite aos especialistas quanto a realização foram por intermédio de *e-mail* em três rodadas. Para cada item, foi atribuído um valor em uma escala de 0 a 10 para relevância de cada item. Os pontos de corte foram média <7. Para verificar o consenso entre os *experts*, foi calculado o Desvio Padrão (DP), considerando dissenso o DP >1. Para os ajustes do instrumento, foi realizado um Estudo Piloto com um grupo focal com oito pesquisadores excluídos do trabalho de campo. O piloto confirmou a clareza e a compreensão do instrumento que continha as seguintes categorias: envolvimento dos interessados na avaliação, credibilidade dos avaliadores (IEP e Equipe de TI), conflitos de interesse entre DAB, pesquisadores, gestores municipais de saúde e EAB, escopo, seleção de informações e impacto da avaliação.

Técnica de coleta dos dados

Os dados foram coletados entre fevereiro e dezembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas (gestores nacionais) e grupo focal (pesquisadores IEP), ambos online¹⁸. As entrevistas semiestruturadas foram

organizadas de forma assíncrona – quando os participantes não estão on-line ao mesmo tempo. Ocorreu por *e-mail*, e o pesquisador enviou as perguntas aos participantes (coordenação do DAB e coordenação da IEP), que enviaram suas respostas após algum tempo¹⁹. Foram realizados dois grupos focais. O grupo da Equipe de TI teve nove desenvolvedores de *software*; e o grupo focal Pesquisadores teve 13 integrantes. Ambos contaram com um moderador e um observador de forma síncrona, quando pesquisadores e pesquisados estavam on-line (via videoconferência) simultaneamente¹⁹. O convite, a explicação dos objetivos da pesquisa, o roteiro e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram enviados previamente via *e-mail*. Também se disponibilizou contato on-line (*e-mail* e WhatsApp do entrevistador/moderador) entre pesquisador e sujeitos de pesquisa para esclarecimentos.

Análise dos dados

As quatro entrevistas dos gestores nacionais foram sistematizadas a partir dos arquivos anexos enviados por *e-mails*. Estão nomeadas abaixo na seção ‘Resultados’, como DAB de forma sequencial um, dois, três e Coordenação IEP. Os dois grupos focais foram transcritos da gravação de vídeo e nomeados como Grupo Focal, Equipe de TI e Grupo Focal Pesquisadores. Para ambos, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin²⁰. As etapas foram pré-análise, com organização do material dos *e-mails* (entrevistas) e transcrição das falas das videoconferências (Grupo Focal); leitura flutuante de todo o material; descrição analítica, com base no referencial teórico e em diversas leituras do material obtido (imersão), e organização nas categorias temáticas previamente descritas.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Onofre Lopes, da

UFRN, com o número 49117015.2.0000.5292, tendo seguido todas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE foi enviado e respondido por *e-mail* com assinatura eletrônica.

Resultados

Envolvimento dos interessados na avaliação

Em relação aos atores organizacionais da AE, a interação entre o DAB do MS e as IEP ocorreu de forma processual ao longo dos dois ciclos. Esta característica pode ser resumida na fala abaixo:

Foram construídos em longo e paciente processo de elaboração conjunta entre os técnicos especializados do DAB e os pesquisadores acadêmicos das IEP participantes do projeto. Foram alternados momentos presenciais nacionais de debates e definições sobre os instrumentos, desenvolvimento e utilização do software do questionário, treinamento dos avaliadores e logística do campo, com esse conjunto de participantes envolvidos, e momentos à distância, com envio de sugestões e ajustes nesses questionários eletrônicos e no sistema de validação. (DAB-1).

Com base nos depoimentos do DAB, além da adesão voluntária dos gestores municipais de saúde, houve pactuação dos instrumentos e da metodologia da certificação na Comissão Intergestores Tripartite que envolveu MS, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A versão off-line do questionário eletrônico foi elaborada em fóruns técnicos internos do MS, em conjunto com as IEP, e foi disponibilizada previamente com acesso público no *site* oficial do órgão. Ocorreram também etapas preparatórias

para AE nos estados promovidas pelo MS, Secretarias Estaduais de Saúde, envolvendo as Secretarias Municipais de Saúde, com participação das IEP para coleta, certificação e divulgação dos resultados. A logística de cada Instituição de Ensino Superior (IES) para avaliação *in loco* das EAB de cada município foi previamente acordada com os gestores em relação à data, local e horário da avaliação. As IEP destacaram aspectos positivos, mas também algumas dificuldades:

Este acordo prévio entre as IEPs e os gestores municipais pode ser considerado como potencializador do envolvimento daqueles que são sujeitos neste tipo de avaliação como os gestores e profissionais. Tem um caráter formativo da avaliação, pois permite uma reflexão, além de mostrar seu caráter não punitivo. (Coordenação-IEP).

O que a nossa equipe da universidade viu em campo é que os profissionais das ESF que são avaliados não foram envolvidos na contratualização. Muitos deles sequer conhecem os objetivos e metas do programa. Não entendiam porque, em alguns locais, o recurso do PMAQ ia para a equipe e em outros, não. Ficava com o gestor. (Grupo Focal Pesquisadores).

A combinação prévia tem um lado positivo porque o município sabia em que iria ser avaliado e no que precisaria melhorar. Além disso, se organizava principalmente pra questão de meio de transporte, principalmente quando a visita era em zona rural de difícil acesso! Mas, por outro lado, a UBS poderia mascarar a estrutura a ser avaliada, porque a gente chegou a presenciar a chegada de materiais e equipamentos no dia da avaliação. (Grupo Focal Pesquisadores).

Na opinião do gestor e da IEP, houve envolvimento dos usuários dos serviços de saúde a partir da escuta realizada com aplicação de instrumento específico:

O PMAQ se tornou um instrumento potente de escuta dos usuários das Equipes de Saúde,

visando dar uma direção às políticas de Atenção Básica. Com aplicação do instrumento próprio, pode-se captar desde a ambiência, passando pela vivência e satisfação. (DAB-1).

Ouvir os usuários é fundamental! Embora, na verdade, usuários seja toda a população brasileira, sabemos que uma amostra estatística seria inviável sob o ponto de vista dos recursos e do tempo! Mas o total de usuários entrevistados é impressionante, pois só no 1º ciclo, lembro que mais de 65.000 usuários foram entrevistados. (Coordenação IEP).

Credibilidade dos avaliadores (IEP) e da Equipe de TI

Segundo o DAB, os critérios de escolha para participação das IEP não foram formalizados nos documentos do PMAQ-AB. Entretanto, os entrevistados deixaram clara a referência à experiência anterior da parceria das universidades com o MS nos Estudos de Linha de Base (ELB) do Programa de Expansão da Saúde da Família (Proesf) em grandes municípios brasileiros. Foi relatado como um processo com algumas tensões:

Nós escolhemos inicialmente estas seis universidades porque acompanhamos em 2005 o desempenho delas na Linha de Base do PROESF. Naquela ocasião, houve um edital do Banco Mundial e consideramos que algumas das universidades que efetuaram a avaliação mostraram uma capacidade e conhecimento sobre avaliação e Atenção Básica, principalmente em larga escala. (DAB-1).

*A escolha das IEPs como responsável pela Avaliação Externa *in loco* não foi automática como se pode imaginar. Ao contrário, gerou intenso debate interno. Inicialmente, foi sugerida a contratação de empresas especializadas em coleta de dados, pois os gestores municipais tinham dúvidas das IEPs quanto à sua capacidade, condições operacionais e conhecimentos sobre a Atenção Básica. Mas, nós não tínhamos dúvidas que, pelo*

histórico das instituições com estudos publicados e participações anteriores e o caráter inerente das universidades em fazer pesquisa, esta foi a melhor decisão. (DAB-2).

O campo teórico metodológico estava nos debates permanentes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde e no conjunto das seis e, posteriormente, oito universidades 'nucleadoras' que aceitaram o chamamento à Avaliação Externa. (DAB-3).

Conflitos de interesse entre DAB, pesquisadores, gestores municipais de saúde e EAB

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar ausência de conflitos de interesses entre o DAB e as IEP (pesquisadores e EAB). Ressaltaram que, nos municípios, foram tomadas algumas medidas para evitar interferência, principalmente política:

A nossa recomendação foi que as IEPs tivessem autonomia no município. Para isto, garantimos às universidades recursos que possam cobrir despesas como transporte, alimentação e alojamento dos entrevistadores de modo a evitar que sejam subsidiados pelo município. (DAB-3).

Nós treinamos os nossos entrevistadores para não aceitarem 'ajuda' dos municípios, pois temos financiamento para isto. Excepcionalmente em lugares com dificuldades de acesso, aceitamos o transporte. Também na nossa seleção, os entrevistadores não podem ter vínculo empregatício formalizado ou não com o município, não pode ser profissional daquele município! Exigimos um perfil de pesquisador ou no mínimo de entrevistador como auxiliar de pesquisa. (Grupo Focal Pesquisadores).

A IEP percebeu conflito de interesse, em particular, entre gestores e EAB em torno da contratualização e incentivos financeiros:

Muitos profissionais questionam o critério de

escolha para participação das equipes na AE do PMAQ como algo alheio às equipes. Na verdade, ao irmos ao campo, presenciamos alguns questionamentos sem relação aos gestores municipais de Saúde. Para os profissionais, os recursos do PMAQ deveriam ser repassados diretamente às equipes! Percebe-se em muitas opiniões de profissionais, expressas até mesmo durante a coleta, que, para eles, o repasse parecia bastante diferenciado entre diferentes gestores sem que as equipes percebam critérios bem definidos. (Grupo Focal Pesquisadores).

Escopo e seleção de informações

No que se refere ao escopo e seleção da informação para a avaliação, foram percebidos como bastante amplos:

O escopo da Avaliação Externa é muito amplo, pois aborda, através do questionário eletrônico, a infraestrutura, os materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde que foram objetos de avaliação no Módulo I, e o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado foram avaliados no Módulo II. Ainda tem o módulo III, dos usuários, além de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e até Saúde Bucal. (Coordenação IEP).

Para ter uma ideia, o PMAQ tem mais de 900 indicadores! Apreende vários domínios da qualidade como o acesso, a disponibilidade e oferta de atendimentos, a efetividade da atenção prestada, indicadores estruturais, não apenas de ambiência aqueles relativos à efetividade da atenção como uso de protocolos, condições para gestão de doenças crônicas, saúde da mulher, entre outros. (DAB-2).

Essa ampliação do escopo presente na AE pode ser considerada como algo inovador para o processo de avaliação. O uso de TI é relatado como recurso que viabilizou a coleta e validação do grande número de indicadores e sua abrangência em todo o território nacional:

Veja! Com quase mil indicadores para entrevista de cada equipe, não poderia ser 'manual'. Foi justamente o uso de questionário no formato eletrônico em tablets e o sistema de validação que proporcionaram este feito. Estamos falando em coletar e validar mais de 100 mil questionários em mais de 5 mil municípios brasileiros! Dados sobre estrutura e processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica. Tal procedimento não seria possível sem uma ferramenta deste tipo. (Grupo Focal TI).

Impacto da avaliação

Para o DAB, o impacto da AE pode ser visto pelo crescente aumento da adesão ao PMAQ- AB:

Comparando o 1º ciclo (2011-2012) com o 2º (2013-2014) e até com o 3º ciclo (2015-2016), aumentou a adesão de 73%, 93% e 95%; as Equipes de Atenção Básica avaliadas passaram de 50 para 96%; os NASF, que no 1º nem foram avaliados, chegaram a 93% no 3º ciclo. (DAB-2).

Outro impacto positivo atribuível foi a transparência da avaliação. Refiro-me à disponibilidade dos dados da AE no site do DAB. Desta forma, não só os gestores, profissionais, mas também usuários e a população em geral podem conhecer a estrutura das UBS, os processos de trabalho das equipes, e a opinião dos usuários por cada equipe em cada município. (DAB-3).

Para as IEP, o impacto está mais relacionado com o processo de trabalho das equipes:

Para falar mesmo sobre impacto é necessário recorrer aos estudos, às análises dos dados. Já temos muita coisa publicada. Ao grosso modo, podemos afirmar que o PMAQ serviu como estímulo para melhoria, principalmente pelo recurso financeiro a mais que trouxe para a gestão municipal. (Coordenação IEP).

Também se pode afirmar que, de um lado, a AE,

por sua independência, estimula a avaliação tanto para gestores como para academia; por outro, se deve ter o cuidado de considerar que as informações sobre processos de trabalho relativos ao cuidado são autorreferidas e sobre disponibilidade e oferta, não por procedimento efetivamente realizado. Neste sentido, os resultados são de processos, e não de impacto propriamente dito. (Grupo Focal Pesquisadores).

A utilização da TI foi vista como algo que tornou factível o planejamento e a condução da AE, como forma de garantir seus impactos:

As ferramentas de TI foram indispensáveis para o desenvolvimento de um estudo da envergadura do PMAQ-AB (multicêntrico, envolvendo cerca de 30 mil Equipes de Atenção Básica, território continental etc.) tanto para a superação de questões operacionais do estudo (tempo e recursos envolvidos), definindo a agilidade dos trabalhos e o fluxo de informações, quanto para o maior rigor acadêmico - científico (confiabilidade), além de decisivas nos trabalhos de gerenciamento das atividades de campo. (Coordenação IEP).

Podemos apontar muitos aspectos positivos para que a AE alcançasse impacto. Salientamos o questionário eletrônico pela não necessidade de digitação das respostas, evitando erros de digitação e agilizando a chegada dos dados coletados ao Ministério. Os saltos automáticos no instrumento facilitaram a aplicação do instrumento e diminuíram o risco de erros relacionados a perguntas a serem realizadas em cada caso/estabelecimento/com cada indivíduo. (Grupo Focal TI).

Contudo, surgiram dificuldades com internet e tablets:

A falta de internet em alguns locais limitou a rapidez de transmissão de dados, assim como a atualização da versão do instrumento. As mudanças de versões do instrumento e algumas dificuldades dos supervisores para validação, devido ao envio de questionários incompletos, duplicidade de envio, realmente ocorreram, mas

foram pouco a pouco sendo superadas. As dificuldades com o equipamento (quebra ou mau funcionamento) deixavam os entrevistadores limitados em seu trabalho (até que o problema fosse resolvido). Entretanto, estes casos foram muito pontuais e não desqualificam a utilização do tablet como plataforma de coleta de dados. (Grupo Focal TI).

Discussão

O envolvimento das pessoas interessadas é condição primordial na avaliação de qualquer programa. Nessa direção, o Joint Committee on Standards for Educational Evaluation²¹ recomenda que a integração dos *stakeholders* seja assegurada de maneira segura e confortável. Considera-se uma boa avaliação quando os interessados podem ser identificados e participam do processo; e ainda quando os objetivos da avaliação se assemelham à utilidade e finalidade do processo avaliativo²². Nas falas desta investigação, a adesão voluntária de gestores e equipes assim como a pactuação da metodologia favoreceram a uniformização da coleta, certificação e divulgação dos resultados, mas trazem o risco de modificações na estrutura e processo para obter melhores resultados na avaliação. Embora a participação de gestores e equipes no PMAQ-AB seja por adesão voluntária, observa-se o caráter indutor no sentido de repasse financeiro às equipes por meio da certificação dessas equipes.

Outros autores apontam o desafio do envolvimento dos interessados, com possível implicação em modificações e dificuldades de tomar um padrão único de qualidade diante da heterogeneidade demográfica, econômica e social no contexto brasileiro²³. Na percepção dos pesquisadores entrevistados, a pactuação de uma agenda, por um lado, representou um avanço; por outro, possibilita arranjos locais com interferência no processo de trabalho por parte dos gestores

e equipes para obter melhores resultados na avaliação. Diferentemente da percepção da gestão nacional aqui apresentada, Linhares, Lira e Albuquerque²⁴ discutem a visão de um gestor municipal por ocasião da implantação do PMAQ-AB no Ceará, que afirma falta de transparência e de informação durante o processo. Investigação acerca da gestão do trabalho das EAB após a implantação do PMAQ-AB observou que, entre os profissionais, o envolvimento com a avaliação foi restrito ao momento da coleta de dados da AE²⁵. Além das EAB, foram ouvidos os usuários quanto à reorientação da estrutura e da organização dos serviços de saúde, o que enfatiza a escuta deles com um dos aspectos da lógica de serviços e usuários centrados²⁶. Ressalta-se, no entanto que a avaliação dos usuários não faz parte da certificação das equipes. O trabalho de Macinko¹¹ questiona o método de escolha dos usuários arbitrado em quatro por equipe, alocados no dia da avaliação na própria UBS a ser avaliada, excluindo a população que não tem acesso.

Nesta pesquisa, a credibilidade dos avaliadores, incluindo a Equipe de TI, decorreu da autonomia e do domínio científico, representados pelas IEP. Esta afirmação é consoante ao rigor formal da avaliação como uma iniciativa a ser conduzida por especialistas²⁷. Alguns autores, como Bossi et al²⁸, já enfatizaram a avaliação por especialistas como uma necessidade, devido à fragilidade na formação de profissionais de saúde e, sobretudo, de gestores. Melo, Rocha e Aleluia²⁹ reafirmam a necessidade de colaboração entre centros de pesquisa e instâncias gestoras do SUS pelo suporte conceitual e metodológico e coleta qualificada de dados.

A credibilidade dos entrevistados também é uma preocupação das IEP para minimizar questionamentos dos gestores relativos à sua qualificação para entrevistar profissionais de nível superior que respondem à AE e, ao mesmo tempo, gerar dados confiáveis e representativos da realidade. Nos Estados do Amapá, do Espírito Santo, do Paraná, do

Rio de Janeiro, de Roraima e do Tocantins, a seleção ocorreu por meio de chamada pública; e, em sua maioria, os selecionados possuíam nível superior na área de saúde, aproximação com a temática da saúde coletiva e experiência em atenção primária³⁰. Além disso, em alguns locais, como no estado do Acre, os entrevistadores participaram de capacitação sobre os instrumentos de avaliação a serem aplicados, bem como sobre como lidar com as possíveis dificuldades do campo e abordagem dos entrevistados³¹; o que demonstra a preocupação por parte das IEP em constituir equipes de entrevistadores qualificadas, com intuito de gerar dados confiáveis e representativos da realidade.

Sob o ponto de vista de conflito de interesses, de acordo com os resultados apresentados, várias medidas foram adotadas na AE para resolução de conflitos que perpassam pelo critério de escolher IEP e não vinculação entre avaliadores e avaliados. É importante destacar que os conflitos de interesses poderão se apresentar como reais, potenciais ou entendidos como tais em qualquer fase da avaliação. A presença desses conflitos poderá afetar a credibilidade e a independência da avaliação. Recomenda-se agir de modo a reduzir os seus efeitos e preservar a avaliação para que ela ocorra de forma independente, imparcial e íntegra, não deturpando, enviesando ou influenciando os resultados³².

Considerando o escopo da avaliação, de acordo com os resultados encontrados, os dados coletados na AE permitem traçar amplo panorama da APS e da atuação das ESF em todo o 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 usuário³³.

Quanto ao impacto da avaliação, foi perceptível pela alusão ao aumento gradual da adesão nos ciclos e na correlação com

a alocação de recursos financeiros para melhorias na qualidade dos serviços. Para Fausto et al.³³, ao vincular o resultado da avaliação de desempenho das equipes a repasses de recursos para o gestor municipal de saúde, pode-se pensar em interesses mútuos de gestores e equipes. Entretanto, na fala das IEP, percebe-se relato de conflitos quanto à alocação na gestão, e não nas EAB. Para Macinko¹¹, o repasse ao gestor é inovador no caso brasileiro diante da experiência internacional de pagamento por desempenho a provedores. Entretanto, a falta de mecanismos de acompanhamento do seu impacto na qualidade da AB cria dificuldades para avaliações posteriores do PMAQ-AB. A disponibilização dos dados em *site* de acesso hierarquizado (público, gestores e IEP) pode ser vista pela ótica de transparência do processo e resultados com disseminação dos resultados e diversidade de interesses³⁴. A AE do PMAQ-AB foi citada pelos pesquisadores da IEP como estimuladora do processo de avaliação, tanto para os gestores municipais quanto para a universidade, da qual depreende-se um estímulo à cultura de avaliação. A relação entre realização de avaliação e institucionalização já surgiu anteriormente ao PMAQ-AB no momento de expansão da saúde da família³⁵. Nesse sentido, é necessário reconhecer que a avaliação no contexto do sistema de saúde brasileiro deve tornar-se um ato de maior amplitude e de implicação política, com a finalidade de produzir aprendizagem e consciência crítica para os sujeitos envolvidos e para a sociedade³⁶, devendo ser tratada como ferramenta de gestão para a orientação de melhoria.

Conclusões

Pode-se, com o caso estudado, reafirmar a proposição da AE do PMAQ-AB como uma inovação com novos arranjos organizacionais em um complexo e recursivo processo. Seus ciclos foram percebidos como

direcionados à indução de mudanças do processo de trabalho, particularmente, das EAB e consequente utilização dos resultados para qualidade da AB. A característica inovadora dos procedimentos metodológicos se mostrou sustentada pelo uso extensivo de TI tanto para coleta quanto para sistematização e validação dos dados.

Na ótica dos participantes do estudo, e sob o ponto de vista da utilidade como padrão internacional de qualidade, a AE mostrou-se útil. Destacaram-se avanços, como pactuação em diferentes esferas da gestão nacional (DAB E Tripartite) envolvimento processual entre o demandante e executores da avaliação (DAB e IEP), inclusão na avaliação de todas as EAB que aderiram ao PMAQ-AB facilitada com recurso de TI, negociação da logística in loco (IEP e gestores municipais), fatores que geram expectativas outras experiências e mudanças de comportamento. A iniciativa do DAB buscou firmar credibilidade científica com contratação de IEP para sua execução. A relação entre o DAB e as IEP não se mostrou conflituosa, mas, as IEP desvelaram conflitos entre gestores e EAB em torno da destinação dos recursos à gestão. O grande escopo das informações abrangendo estrutura processo e resultados, diferentes atores neles envolvidos, a capilaridade dos resultados e de seu acesso é bastante significativo.

A pesquisa avaliativa com inclusão dos sujeitos participantes da AE do PMAQ-AB foi coerente com o caráter qualitativo deste estudo. Ressignificou lições aprendidas para gestores do SUS e academia com subsídios para decisões sobre os caminhos para os próximos ciclos. O método do estudo de caso exemplar permitiu generalizações teóricas da conexão entre inovação, utilidade e impacto da avaliação. No entanto, futuros estudos de casos múltiplos com as demais IES podem reforçar ou trazer novos elementos ao debate sobre a qualidade da AE. A riqueza de sentidos obtidos neste trabalho, na perspectiva do gestor nacional e das IEP aponta à necessidade de outras avaliações

factíveis e viáveis para apreensão da visão dos demais usuários ou interessados na AE, como gestores municipais, EAB, usuários e não usuários da APS do SUS.

Esta pesquisa também estimula novas questões de investigação relativas ao grande escopo da AE e o risco de focalização dos esforços da gestão e equipe nos processos que gerem melhor certificação, relação entre indicadores de processo de trabalho das EAB e os impactos na saúde da população, necessidades de superação de desafios digitais para pesquisa com grande número de dados, avaliações sobre mecanismos de acompanhamento da aplicação de recursos e seu papel indutor da qualidade, entre outros.

Colaboradores

Uchôa SAC contribuiu substancialmente na concepção e planejamento, aquisição de dados, análise e interpretação de dados; redação e elaboração do artigo e revisão intelectual crítica do artigo. Martiniano CS contribuiu substancial para a concepção e planejamento, aquisição de dados, análise e interpretação de dados; redação e elaboração do artigo e revisão intelectual crítica. Queiroz AAR contribuiu para a análise e a interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Diniz IVA contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Bay Júnior OG contribuiu substancial para a concepção e planejamento, aquisição de dados, análise e interpretação de dados; redação e elaboração do artigo ou revisão intelectual crítica. Nascimento WG contribuiu para a análise e a interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Hartz ZMA contribuiu substancialmente na concepção e planejamento, aquisição de dados, análise e interpretação de dados; redação e elaboração do artigo e revisão intelectual crítica do artigo. ■

Referências

1. OECD. Oslo Manual: Guidelines for Collection and interpreting innovation. 3. ed. Paris: OECD; 2005.
2. Nodari CH, Olea PM, Dorion ECH. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para Atenção Primária. *Rev Adm Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 25]; 47(5):1243-1264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n5/a08v47n5.pdf>.
3. Zen AC, Machado BD, López ALJ, et al. Rota da inovação: uma proposta de metodologia de gestão da inovação. *Rev Adm Contemp* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 25]; 21(6):875-892. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v21n6/1982-7849-rac-21-06-0875.pdf>.
4. Costa LS. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 28]; 32(Supl.2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00151915.pdf.
5. Gauld R, Blank R, Burgers J, et al. The World Health Report 2008 – Primary Healthcare: How Wide Is the Gap between Its Agenda and Implementation in 12 High-Income Health Systems? *Health Policy*. 2012 fev; 7(3):38-58.
6. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.
7. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface* [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 16]; 11(23):515-529. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a09v1123.pdf>.
8. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012; 17:36-42.
9. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19(Supl):126-158.
10. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 23]; 348:1-10. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4014.full.pdf>.
11. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambulatory Care Management* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 14]; 40(supl.2):S4-S1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/pdf/jamcm-40-s04.pdf>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. 3ª ciclo: avaliação externa para as equipes [internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: <http://pmaq3.lais.ufrn.br/ab/>.
13. 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) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, DF: MS; 2015.
14. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma nova saúde pública. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 20]; 17(4):832-834. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a04.pdf>.
15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

16. Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Feliberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
17. Jones J, Hunter D. Usando o Delfos e a técnica de grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
18. Mann C, Stewart F. *Internet Communication and Qualitative Research: A Handbook for Researching Online*. London: Sage; 2000.
19. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
21. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2011.
22. Patton MQ. *Utilization Focused Evaluation: The News Century Text*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 1997.
23. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira UM. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 18]; 38(esp):173-181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0173.pdf>.
24. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 25]; 38(esp):195-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0195.pdf>.
25. Queiroz IPD, Valença CN, Oliveira RFS, et al. National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: Implications of its implementation in the Brazilian Northeast. *International Archives Med* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 24]; 10(191):1-10. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2302/2203>.
26. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 24]; 38(esp):358-372. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>.
27. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Martinez FJM, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
28. Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 30]; 44(2):318-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/12.pdf>.
29. Melo DC, Rocha AARM, Aleluia IRS. Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e restritivos em capital do nordeste brasileiro. *Rev Gestão Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 27]; 8(1):3-17. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23916/pdf_1.
30. Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes; 2013.
31. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde debate* [internet]. 2014 out [acesso em 2018 ago 20]; 38(esp):173-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600173&lng=en.

32. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Camões, Instituto da Cooperação e da Língua. Normas para Evitar Conflito de Interesses no Processo de Avaliação. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros; 2014.
33. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 24]; 38(esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
34. Vianna HM. Avaliação de Programas Educacionais: duas questões. *Rev Estudos Aval Educ* [internet]. 2005 [acesso em 2018 maio 28]; 16(32):43-56. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1240/1240.pdf>.
35. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 abr 26]; 38(esp):124-139. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0124.pdf>.
36. Magluta C. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 30]; 29(2):414-414. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/30.pdf>.

Recebido em 10/06/2018

Aprovado em 28/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo

Complexity and potentiality of the Community Health Workers' labor in contemporary Brazil

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto¹, Vanira Matos Pessoa², Maria de Fátima Antero de Sousa³, Sharmenia de Araújo Soares Nuto⁴, Roberto Wagner Junior Freire de Freitas⁵, Kelen Gomes Ribeiro⁶, Anya Pimental Gomes Fernandes Vieira-Meyer⁷, Luiz Odorico Monteiro de Andrade⁸

DOI: 10.1590/0103-110420185108

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8447-3654>;
ivana.barreto@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3676-9607>
vanira.pessoa@fiocruz.br

³Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2541-8441>
fatimaantero@uol.com.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4763-6773>
sharmenia.nuto@fiocruz.br

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9295-1177>
robertowjff@gmail.com

⁶Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0870-1971>
kलगomesr@yahoo.com.br

⁷Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>
anyavieira10@gmail.com

⁸Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619>
odorico0811@gmail.com

RESUMO O objetivo deste artigo foi analisar o escopo de práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relacionando-o à situação social e de saúde, bem como os elementos facilitadores e os limitantes. Trata-se de um estudo transversal de abordagem mista, e estratégia explanatória sequencial, realizado em quatro municípios do Ceará. No estudo quantitativo, a amostra de 160 ACS foi aleatória com instrumento estruturado. No qualitativo, realizou-se seis grupos focais e entrevistas. Prevaleram, na amostra, mulheres (139; 86,9%), casadas (111; 69,4%), com renda familiar maior ou igual a 2 salários mínimos (102; 63,7%), nível técnico incompleto (68; 42,5%), da zona urbana (114; 71,3%), atuando como ACS há menos de 10 anos (93; 58,2%). As principais atividades foram visita domiciliar de grupos prioritários e cadastramento de famílias. Evidenciou-se a complexidade do trabalho, que inclui ações de promoção e vigilância à saúde como pré-natal, imunizações, hipertensão, diabetes, cuidado com idosos, entre outros. Como limitantes das práticas, identificaram-se: deficiência da formação técnica, suporte reduzido no trabalho e violência. Como potencializadores: educação permanente e gestão participativa. O escopo de práticas dos ACS é complexo e abrangente, incluindo a articulação de políticas públicas no território, o que se constitui em uma potencialidade para promoção da saúde de comunidades vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *The aim of this article was to analyze the Community Health Worker' (CHW) scope of practices, relating it to the social and health situation faced, as well as with facilitating and limiting elements of their practice. This is a cross-sectional study utilizing a mixed approach, including sequential explanatory strategy, carried out in four municipalities of Ceará. In the quantitative study, the sample of 160 CHW was randomized, and a structured instrument was used to collect data. In the qualitative study, six focal groups and interviews were carried out. We mainly found women (139; 86.9%), married (111; 69.4%), with a family income greater than or equal to 2 minumm wages (102; 63.7%), incomplete professional training (68; 42.5 %), from the urban area*



(114, 71.3%), acting as CHW for less than 10 years (93, 58.2%). The main activities were home visitation of priority groups and families registration. The complexity of the work was evidenced, which includes actions of health promotion and surveillance, such as prenatal care, immunizations, hypertension, diabetes, care for the elderly, among others. As limitations of their practices, we identified: deficiency of technical/professional training, reduced work support, and violence. As facilitators, we observed: permanent education and participatory management practices. The scope of CHW practices is complex and broad, including the articulation of public policies in the territory, which constitutes a potential for health promotion of vulnerable communities.

KEYWORDS Community Health Workers. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health systems.

Introdução

Em 1987, nove anos após a Declaração de Alma Ata¹, iniciou-se a experiência de institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no Ceará como uma estratégia abrangente de Atenção Primária à Saúde (APS)². O Ceará é um Estado brasileiro com 90% de seu território situado no semiárido nordestino, caracterizado por ter 17,8%³ da população abaixo da linha de pobreza e grande desigualdade social, com Índice de Gini de 0,62, em 2010⁴. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) iniciaram suas atividades nas regiões mais pobres do Ceará. Eles eram coordenados por enfermeiros, viviam nas comunidades onde exerciam as atividades e visitavam todas as casas de sua área de atuação, uma vez por mês, para realizar um pequeno número de atividades prioritárias de saúde, direcionadas, principalmente, às crianças menores de dois anos e às gestantes^{2,5}.

Após a implantação do Pacs, houve rápida queda na mortalidade infantil no Ceará, cuja taxa reduziu de 60 por mil nascidos vivos, em 1981, para 25 por mil, em 1990, além do incremento da imunização. Na década de

1990, o Pacs foi adotado como ‘modelo’ pelo Ministério da Saúde (MS), sendo expandido para várias outras regiões do País^{2,5}. Em 1993, o programa recebeu o Prêmio Maurice Pate do Fundo das Nações Unidas para a Infância pela contribuição ao bem-estar das crianças^{2,5}. No ano seguinte, o MS instituiu o Programa de Saúde da Família, incentivando financeiramente as gestões municipais⁶ para implantação de equipes com um médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, a fim de trabalharem articuladas aos ACS em um território definido. Nesse período, o escopo de práticas realizadas pelos ACS foi alargado. Ainda nos anos 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), e estendida para todo o País⁷, e, em 2011, por meio do Decreto Federal nº 7.508, como a principal porta de entrada do SUS⁸.

Em 2006 foi aprovada a Emenda Constitucional 51 que determinou a admissão de ACS por meio de processo seletivo público e promulgada a Lei nº 11.350 que criou a profissão de ACS, estabelecendo como suas atribuições a prevenção de doenças e a promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias⁹.

Passados 30 anos da institucionalização do Pacs, a ESF, no Brasil, abrange 48.605 equipes e 270.867 ACS. No Ceará, tem-se 2.426 equipes e 14.776 ACS¹⁰. A ESF está presente em 97,5% dos municípios brasileiros e atende cerca de 146 milhões de pessoas, correspondendo a 70,2% da população¹¹.

Concomitantemente à expansão da ESF, houve aceleração do processo de urbanização do País e o aumento da complexidade do quadro epidemiológico, caracterizado na atualidade por uma superposição de agendas¹², que incluem doenças transmissíveis, como as arborvírus^{13,14}, não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, agravos em saúde mental), representando hoje a maior carga de doença¹⁵, além da intensificação das causas externas, registrada nas Américas desde a década de 1980¹⁶, e composta, sobretudo, por homicídios e acidentes de trânsito. Em algumas cidades do Nordeste, como Fortaleza, os homicídios tornaram-se a principal causa de morte na década de 2010¹⁷.

Diversos outros problemas sociais e de saúde foram sendo adicionados às responsabilidades dos ACS, como encaminhar crianças fora da escola para a educação¹⁸, acompanhar pessoas com doenças crônicas, acamados, prevenir infestação dos domicílios pelo *Aedes aegypti*, entre outros. Enquanto isto, os investimentos no processo de educação permanente em saúde para os ACS foram poucos, mesmo com o indicativo de que todos deveriam ter uma formação técnica mínima.

O Curso Técnico para ACS (CTACS) foi aprovado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, em 2004, tendo um total de 1.800 horas, sendo composto por três Etapas Formativas⁷. Entretanto, 97,1% dos ACS do Ceará realizaram, apenas, a Etapa Formativa I.

Além do sucesso da experiência com ACS no Brasil, estudos realizados em diversos países conseguiram demonstrar a eficácia destes no controle de doenças não transmissíveis¹⁹ e doenças transmissíveis²⁰, evidenciando aumento do conhecimento dos pacientes quanto aos cuidados necessários

para o controle desses agravos. Mesmo diante de tantas evidências nacionais e internacionais da efetividade do trabalho dos ACS na APS, em 2017, o MS, com a concordância da Comissão Intergestores Tripartite, aprovou uma nova Política de Atenção Básica à Saúde em que a presença do agente comunitário de saúde na equipe de atenção básica deixa de ser obrigatória, colocando em xeque a ESF²¹. Outra medida que provocou fortes questionamentos dos sanitaristas foi a instituição de um programa bilionário para oferta de curso de técnico de enfermagem para todos os ACS no Brasil, o denominado Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags)²². Esta última medida contradiz os princípios e elementos da ESF, caracterizada como rede de APS baseada em equipes multiprofissionais, em que o papel do ACS é fundamentalmente o de promoção da saúde, e, portanto, com necessidade do desenvolvimento de competências específicas para educação e mobilização comunitárias, vigilância à saúde no território, entre outras, o que não está previsto em um curso técnico de enfermagem.

A análise do escopo de práticas dos ACS no Ceará ganha importância na medida em que a experiência brasileira começa a ser aplicada em outros países do mundo, como Angola – África²³, e, por outro lado, é colocada em risco no Brasil pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017. Dessa forma, compreendendo que o quadro social e de saúde do Ceará tem semelhanças ao de outros estados brasileiros e de países da América Latina e da África, propusemo-nos a analisar o escopo de práticas dos ACS, com relação à situação social e de saúde do Ceará, bem como os elementos facilitadores e os limitantes desta prática.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, com delineamento transversal e abordagem mista, utilizando uma estratégia explanatória sequencial^{24,25}. Consiste de um recorte da

pesquisa 'Campo e escopo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na ESF no Ceará' que investiga práticas profissionais de médicos, enfermeiros, dentistas e ACS.

Os locais selecionados para o estudo representam realidades municipais distintas, com portes populacionais e localização geográfica variados.

Figura 1. Mapa do estado do Ceará com destaque para os municípios de Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz



Fonte: Ipece²⁶.

Quadro 1. Características gerais dos municípios de Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz - Ceará, 2016

	Fortaleza	Tauá	Eusébio	Cruz
População	2.571.896	57.478	50.308	23.514
Densidade Populacional hab./km ²	8.166	14	636	71
População Rural	NA	42%	NA	57%
Cobertura Populacional do PSF	43%	97%	95%	97%
Número de ESF implantadas	365	28	18	10
Percentual de famílias beneficiárias do Bolsa Família acompanhadas pela ESF	34,35	60,72	67,00	84,4
Rendimento Médio Mensal per capita dos domicílios	994,24	354,53	68,16	369,18
Localização/Relevo	Nordeste / Planície Litorânea	Sudoeste / Depressão Sertaneja	Nordeste / Tabuleiros Pré-Litorâneos	Norte / Planície Litorânea

Fonte: Ipece²⁶.

A cidade de Fortaleza, capital do Ceará, encontra-se administrativamente dividida em sete Secretarias Regionais (SR), tendo a pesquisa sido realizada na SR II (363.406 habitantes).

Estudo quantitativo

A população da pesquisa constituiu-se do total de ACS dos quatro municípios, correspondendo a 256 profissionais. Para o cálculo amostral, foi utilizada fórmula para populações finitas, além de: Intervalo de Confiança (IC) de 95%, P=50%, Q=50% e erro amostral de 4%. A amostra foi aleatória e estratificada por município, totalizando 160 ACS, sendo Cruz – 18, Eusébio – 19, Fortaleza (SER II) – 76, e Tauá – 48 ACS.

Adotaram-se como critérios de inclusão: ser ACS e atuar na função. Foram excluídos aqueles que estavam afastados no momento da coleta dos dados.

A coleta dos dados foi realizada por estudantes e profissionais de saúde, previamente capacitados, sendo as entrevistas realizadas em agosto e setembro/2016. O questionário continha questões estruturadas relativas à: caracterização sociodemográfica, itinerário formativo e práticas profissionais realizadas nos territórios.

As informações, para armazenamento, foram inseridas no EPI-DATA, versão 3.1 e analisadas no *software* SPSS, versão 23.0 (IBM, SPSS Statistical Database). Foram realizadas análises univariadas e bivariadas. Nas análises bivariadas, as variáveis independentes foram zona de atuação (urbana ou rural) e tempo de serviço como ACS (< 10 anos e >= 10 anos). As variáveis dependentes foram as práticas de trabalho realizadas pelos ACS.

Estudo qualitativo

Para o estudo qualitativo, foram selecionadas duas equipes com, no mínimo, seis ACS, exceto em Eusébio, onde só havia equipes com no máximo quatro ACS. Outros critérios para seleção das equipes foram estar completas, mínimo de seis meses de funcionamento, infraestrutura e insumos adequados. De outubro a dezembro de 2017, foram realizados 2 Grupos Focais (GF) em Fortaleza, Tauá e Cruz, e 6 entrevistas abertas com ACS de Eusébio, totalizando 45 participantes. Em Tauá e Cruz, foram realizados um GF na Zona Urbana (ZU) e outro na Zona Rural (ZR). Os GF foram gravados, transcritos e analisados por meio de análise de conteúdo temática²⁷. Neles, abordamos aspectos referentes às atividades dos ACS, tais como: grupos prioritários, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, e educação permanente.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, tendo sido analisada e obtido autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Parecer de número 1.159.936 de 14/07/2015.

Resultados do estudo quantitativo

A média de idade de ACS foi de 41,4 anos, com desvio padrão de 9,5, idade mínima de 19 e máxima de 65 anos. Prevaleceu na amostra o sexo feminino, pessoas casadas, católicas, com renda familiar igual ou superior a 2 salários mínimos, com nível técnico. A maioria trabalha na ZU (114; 71,3%) há menos de 10 anos (93; 58,2%). Em se tratando do vínculo trabalhista, prevaleceu como agente contratante o próprio município; e como vínculo empregatício, servidor público estatutário (*tabela 1*).

Tabela 1. Características sociodemográficas e vínculo trabalhista dos ACS por zona de residência e tempo de serviço, Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz - Ceará, 2016.

	Total de ACS N(%)	Zona urbana N(%)	Zona rural N(%)	Valor p	<10 anos N(%)	>10 anos N(%)	Valor p
Sexo							
Masculino	21(13,1)	16(14,0)	5(10,9)	0,591 ¹	16(17,2)	5(7,5)	0,072 ¹
Feminino	139(86,9)	98(86,0)	41(89,1)		77(82,8)	62(92,5)	
Estado civil							
Solteiro	49(30,6)	41(36,0)	8(17,4)	0,021 ¹	30(32,3)	19(28,4)	0,598 ¹
Casados e outros	111(69,4)	73(64,0)	38(82,6)		63(67,7)	48(71,6)	
Religião							
Católica	99(61,9)	66(57,9)	33(71,7)	0,103 ¹	51(54,8)	48(71,6)	0,031 ¹
Outras	74(38,1)	48(42,1)	13(28,3)		42(45,2)	19(28,4)	
Renda familiar							
1 SM	58(36,3)	29(25,4)	29(63,0)	<0,001 ¹	36(38,7)	22(32,8)	0,446 ¹
≥2 SM	102(63,7)	85(74,6)	17(37,0)		57(61,3)	45(67,2)	
Agente contratante							
Estado	39(24,4)	18(15,8)	21(45,7)	<0,001 ¹	4(4,3)	35(52,2)	<0,001
Município	121(75,6)	96(84,2)	25(54,3)		89(95,7)	32(47,8)	
Vínculo empregatício							
Servidor público estatutário	150(93,8)	113(99,1)	37(80,4)	<0,001 ¹	84(90,3)	66(98,5)	0,035
Contrato temporário	10(6,2)	1(0,9)	9(19,6)		9(9,7)	1(1,5)	
Escolaridade							
Ensino fundamental	2(1,3)	2(1,8)	NA	0,194 ²	2(2,2)	NA	0,004 ²
Ensino médio	38(23,8)	25(21,9)	13(28,3)		20(21,5)	18(26,9)	
Ensino técnico	68(42,5)	44(38,6)	24(52,2)		31(33,3)	37(55,2)	
Superior	42(26,3)	34(29,8)	8(17,4)		33(35,5)	9(13,4)	
Especialização	10(6,3)	9(7,9)	1(2,2)		7(7,5)	3(4,5)	
Formação técnica em ACS							
Sim	99(61,9)	68(59,6)	31(67,4)	0,361	51(54,8)	48(71,6)	0,031
Não	61(38,1)	46(40,4)	15(32,6)		42(45,2)	19(28,4)	

¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher.

Foi aplicada uma pergunta não estimulada sobre quais eram as ações que eles consideravam como de sua responsabilidade. Cerca de 97% afirmou visita domiciliar de grupos prioritários (gestantes, crianças menores de dois anos, idosos, pessoas com diabetes, tuberculose, hanseníase ou acamadas);

e 69,4%, o cadastramento de domicílios e pessoas nos Sistemas de Informação em Saúde (e-SUS Atenção Básica – e-SUS AB ou Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab) (tabela 2). A seguir, aparecem ações mais diretamente relacionadas com a prevenção, como a busca ativa para

vacinas (38,8%), visitas sobre a prevenção de doenças (35,0%), palestras de educação em saúde (27,5%). A organização de Grupos Terapêuticos (GT), atividade de promoção da saúde que exige sistematização e trabalho em equipe, foi relatada por apenas 13,1%. Os ACS que não participavam da organização de

GT justificaram que sua equipe não desenvolvia esta atividade.

Os ACS com menos de 10 anos de serviço relataram buscas ativas de pessoas e digitação dos cadastros de famílias no e-SUS AB com maior frequência que os com mais de 10 anos de trabalho (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição de ações realizadas pelos ACS por zona de localização da microárea e tempo de serviço, Regional II de Fortaleza, e municípios de Tauá, Eusébio e Cruz – Ceará, 2016

	Total	Localização da Microárea		Valor p	Tempo de Serviço dos ACS		Valor p
	N(%)	Urbana n=114	Rural n=46		<10 anos	>10 anos	
Ações/atividades consideradas de responsabilidade dos ACS na equipe de saúde da família							
Cadastro dos domicílios no e-SUS-AB ou Siab	111(69,4)	76(66,7)	35(76,1)	0,242 ¹	61(65,6)	50(74,6)	0,221 ¹
Digitação dos cadastros no e-SUS-AB ou Siab	25(15,6)	25(21,9)	NA	0,001 ¹	19(20,4)	6(9,0)	0,049 ¹
Busca ativa de pessoas para vacinação, consultas, exames e outros	62(38,8)	47(41,2)	15(32,6)	0,311 ¹	43(46,2)	19(28,4)	0,022 ¹
Visita acompanhamento grupos prioritários	155(96,9)	109(95,6)	46(100)	0,322 ²	90(96,8)	65(97,0)	1,000 ²
Organização de grupos terapêuticos	21(13,1)	18(15,8)	3(6,5)	0,116 ¹	13(14)	8(11,9)	0,706 ¹
Participação em reuniões da equipe	26(16,3)	16(14)	10(21,7)	0,232 ¹	15(16,1)	11(16,4)	0,961 ¹
Participação campanhas de vacinação humana	47(29,4)	33(28,9)	14(30,4)	0,852 ¹	32(34,4)	15(22,4)	0,100 ¹
Visitas às famílias para prevenção de doenças em geral	56(35,0)	44(38,6)	12(26,1)	0,133 ¹	33(35,5)	23(34,3)	0,880 ¹
Verificação de focos do Aedes aegypti	28(17,5)	24(21,1)	4(8,7)	0,063 ¹	19(20,4)	9(13,4)	0,250 ¹
Realizar palestras de educação em saúde	44(27,5)	33(28,9)	11(23,9)	0,519 ¹	29(31,2)	15(22,4)	0,219 ¹
Cadastro e acompanhamento de outros programas sociais	15(9,4)	12(10,5)	3(6,5)	0,557 ²	11(11,8)	4(6,0)	0,210 ¹
Número de pessoas residentes na microárea							
< 400 pessoas	41(25,6)	8(7)	33(71,7)	<0,001 ²	23 (24,7)	18 (26,9)	1,000 ²
400 a 750 pessoas	85(53,1)	74(64,9)	11(23,9)		49 (52,7)	36 (53,7)	
750 a 1.000 pessoas	27(16,9)	26(22,8)	1(2,2)		16 (17,2)	11 (16,4)	
> 1.000 pessoas	6(3,8)	6(5,3)	NA		4 (4,3)	2 (3)	
Não respondeu	1(0,6)	(...)	1(2,2)		1 (1,1)	NA	
Mantém o cadastro das famílias atualizado	116(72,5)	73(64,0)	43(93,5)	<0,001¹	65(69,9)	51(76,1)	0,384¹
Visita todas as famílias de sua microárea mensalmente	118(73,8)	17(14,9)	25(54,3)	<0,001¹	23 (24,7)	19 (28,4)	0,607¹

¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as médias de idades dos ACS, de acordo com a zona onde trabalhavam, ou seja, os trabalhadores da ZR eram mais jovens (média: 37,8 anos; DP=9,3) do que os da ZU (média: 42,8 anos; DP=9,2) ($p=0,004$). Os ACS com menos de 10 anos de serviço têm maior escolaridade, e os com mais de 10 cursaram com mais frequência o CTACS (tabela 1). A proporção de ACS com ensino superior chegou a 35% entre os com menos de 10 anos de atuação.

Os ACS da ZR conseguem manter o cadastro das famílias atualizado e visitar todas as famílias de sua microárea mais frequentemente que os da ZU (tabela 2), estes últimos justificam que priorizam grupos vulneráveis.

A proporção de indivíduos dos grupos prioritários visitados mensalmente são: 91,9% crianças < 2 anos; 91,3% gestantes;

84,4% diabéticos; 81,3% acamados e 66,3% hipertensos. A razão apontada mais frequentemente para não visitação de pessoas de grupos prioritários foi que estas não se encontravam em casa no horário de trabalho.

Quanto às práticas efetivadas durante as visitas domiciliares, chamou atenção a baixa proporção de aconselhamento às gestantes sobre amamentação, sinais de risco na gestação, cuidados com o recém-nascido, riscos do uso de tabaco e álcool, sendo que, para maioria dos desfechos, não houve diferenças entre a prática dos ACS por zona de trabalho ou tempo de serviço. Na tabela 3, estão descritas também a frequência de ações realizadas nas visitas aos diabéticos, e, neste caso, também se verificou baixa frequência de orientações para prevenir complicações, como problemas renais e oftalmológicos.

Tabela 3. Distribuição de ações domiciliares de saúde da gestante e do diabético segundo zona de atuação e tempo de serviço dos ACS, Fortaleza, Tauá, Eusébio e Cruz - Ceará, 2016

	Total	Zona Urbana	Zona Rural	Valor p	<10 anos	>=10 anos	Valor p
	N(%)	N(%)	N(%)		N(%)	N(%)	
Visita mensalmente todas as gestantes de sua área							
Sim	146(91,3)	102(89,5)	44(95,7)	0,350 ²	85(91,4)	61(91)	0,575 ²
Não	7(4,4)	7(6,1)	NA		3(3,2)	4(6)	
Não há gestantes na minha microárea	7(4,4)	5(4,4)	2(4,3)		5(5,4)	2(3)	
Ações durante a visita as gestantes							
Verifica o cartão da gestante	131(81,9)	93(81,6)	38(82,6)	0,878 ¹	77(82,8)	54(80,6)	0,722 ¹
Certifica-se da realização da consulta pré-natal	141(88,1)	101(88,6)	40(87)	0,772 ¹	78(83,9)	63(94)	0,050 ¹
Orienta sobre alimentação na gestação	75(46,9)	54(47,4)	21(45,7)	0,844 ¹	50(53,8)	25(37,3)	0,040 ¹
Orienta sobre as vacinas	128(80,0)	93(81,6)	35(76,1)	0,432 ¹	75(80,6)	53(79,1)	0,810 ¹
Certifica-se da realização dos exames laboratoriais	52(32,5)	33(28,9)	19(41,3)	0,131 ¹	30(32,3)	22(32,8)	0,939 ¹
Orienta sobre amamentação	56(35,0)	36(31,6)	20(43,5)	0,153 ¹	28(30,1)	28(41,8)	0,126 ¹
Orienta cuidados com o recém-nascido	27(16,9)	20(17,5)	7(15,2)	0,722 ¹	15(16,1)	12(17,9)	0,767 ¹
Orienta sobre riscos do uso de tabaco, álcool e outras drogas	10(6,3)	8(7)	2(4,3)	0,725 ²	3(3,2)	7(10,4)	0,096 ²
Orienta sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	6(3,8)	5(4,4)	1(2,2)	0,674 ²	5(5,4)	1(1,5)	0,402 ²
Pergunta se gestante apresentou algum mal estar ou sinal de risco	51(31,9)	38(33,3)	13(28,3)	0,533 ¹	33(35,5)	18(26,9)	0,248 ¹

Tabela 3. (cont.)

Visita todos os diabéticos de sua área mensalmente							
Sim	135(84,4)	89(78,1)	46(100)	0,001 ¹	76(81,7)	59(88,1)	0,276 ¹
Ações que realiza quando visita uma pessoa com diabetes							
Verifica uso de medicação	151(94,4)	108(94,7)	43(93,5)	0,717 ²	87(93,5)	64(95,5)	0,735 ²
Verifica prazo validade medicação	48(30)	39(34,2)	9(19,6)	0,067 ¹	31(33,3)	17(25,4)	0,278 ¹
Orienta alimentação e redução do açúcar	126(78,8)	83(72,8)	43(93,5)	0,004 ¹	76(81,7)	50(74,6)	0,279 ¹
Orienta necessidade de exercícios físicos	79(49,4)	52(45,6)	27(58,7)	0,134 ¹	51(54,8)	28(41,8)	0,103 ¹
Pergunta sobre complicação (hipoglicemia, problemas na visão, nos rins ou nos pés)	36(22,5)	20(17,5)	16(34,8)	0,018 ¹	21(22,6)	15(22,4)	0,977 ¹
Encaminha para serviço de urgência se necessário	23(14,4)	22(19,3)	1(2,2)	0,005 ¹	12(12,9)	11(16,4)	0,532 ¹
Verifica glicemia	20(12,5)	14(12,3)	6(13)	0,895 ¹	13(14)	7(10,4)	0,505 ¹

¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher.

Resultados do estudo qualitativo

As conversas produzidas nos GF e entrevistas revelaram a complexidade do trabalho dos ACS, e clarearam resultados do inquérito transversal. Os ACS, além de tentarem pôr em prática a programação estabelecida pelos protocolos do SUS e gestores de saúde, ao realizar seu trabalho, vivenciam como poucos a dureza da vida de comunidades empobrecidas. Além disso, ao morar na localidade onde trabalham, estão disponíveis para sua comunidade todos os dias da semana, inclusive em horários fora do expediente.

E assim, as próprias famílias elas precisam saber quais são realmente as atribuições do ACS, porque elas acham que a gente é o resolutor de tudo [...] do bolsa família ao cartão cidadão, a consulta [...] Assim a gente trabalha todo dia e... acorda cinco horas com uma ligação será que hoje tem médico? GF Tauazinho, Tauá-CE.

Seu escopo de práticas é de grande abrangência, englobando o ciclo de vida das famílias e os agravos de saúde prioritários, acompanhando o processo de vida, adoecimento e morte das pessoas.

Na verdade, nós somos encarregados de alimentar o consolidado do município né. Nós temos N atividades, nós acompanhamos as crianças menores de dois anos, [...] puérperas [...], nós preenchemos o Esus, [...] e cadastramos as famílias [...] estamos fazendo um trabalho chamada a escala do Findrisk, onde [...], vemos o diâmetro da cintura e [...] um consenso de pessoas que poderão ter diabetes mellitus tipo II [...] visitas a acamados [...] com o subsídio a programas sociais no caso né que arremete a CRAS [Centro de Referência em Assistência Social]. GF Tauazinho, Tauá-CE.

As falas dos participantes evidenciam as competências de articulação intersetorial, busca ativa de casos e estratificação de indivíduos conforme critérios de risco para saúde, demonstrando a potencialidade dos ACS para a vigilância e promoção da saúde.

A gente tem aquele protocolo, chega na casa e primeiro buscar cartão de vacina [...] na conversa vai verificando se encontra algum fator de risco. GF I, Fortaleza-CE.

As arboviroses estão incluídas nas atividades dos ACS. *“Nós também fazemos notificação de Chikungunya, dengue e zika vírus”* GF Tauazinho, Tauá-CE.

Ficou clara a diferença entre as realidades da ZU e ZR. Na primeira, revela-se a vida de moradores de bairros populares, escassos em serviços públicos, excluídos do consumo, sujeitos às mudanças frequentes de endereço, e submersos em um cotidiano violento relacionado com o tráfico de drogas. Nesses territórios, muitas vezes, os chefes do tráfico regulam a vida da comunidade e a visitação domiciliar dos ACS.

[...] a família se contrai né, por exemplo, tem uma criança dentro daquela casa que tem o traficante e não pode vim no posto se consultar e a esposa não pode porque eles são militares porque nessa saída [...] eles podem matar [...] essas crianças [...] vivem doente [...] muitas não vão à escola. GF II, Fortaleza-CE.

O tráfico de drogas está presente mesmo nos municípios de médio e pequeno porte, como é o caso de Tauá e Cruz. Apesar desse contexto ameaçador, os ACS procuram encontrar táticas para chegar às pessoas que necessitam de cuidados: *“Eu consegui contato com a mulher do traficante, que tava gestante, por meio da vizinha dela”* GF ZU, Cruz-CE.

Na ZR, o problema maior é o isolamento da população, dispersa em grandes extensões de semiárido, sem transportes públicos ou particulares acessíveis. Tanto nos contextos de ZU como de ZR investigados, os ACS utilizam seu transporte pessoal e compram, com seu salário, o combustível para a visitação.

Os resultados de que apenas 14,9% dos ACS da ZU e 54,3% da ZR visitarem todas as famílias mensalmente foi justificado pela adaptação da frequência e da duração das visitas de acordo com a gravidade da situação de cada família. Há famílias para as quais uma visita mensal é considerada desnecessária; há famílias com acamados ou puérperas que devem ser visitadas semanalmente; há situações, como a de pessoas com tuberculose não aderentes ao tratamento, em que a visita é diária. *“Uma*

casa com um casal de adultos sem filhos, qual a necessidade de que seja visitada mensalmente?” GF ZU, Cruz-CE.

As exigências de produtividade feitas pelos gestores, equipe, e da própria comunidade, que demandam serviços do SUS, sobrecarregam os ACS.

Se... tivéssemos 25 horas pra trabalhar nós trabalharíamos... eu já sonhei eu fazendo um seminário... com todas as atribuições do ACS... que é pra população ficar a par... sonhei também pessoas que trabalham na hierarquia acima de nós passar uma semana com nós dentro da área. GF ZU, Tauá-CE.

Foi possível detectar o impacto de ações de educação permanente em saúde na prática dos ACS, em especial do Curso Técnico para ACS, do curso de extensão em Terapia Comunitária Integrativa (TCI)^{28,29} e do curso Caminhos do Cuidado, relacionado com a prevenção do uso de drogas, como o crack.

Nós fizemos agora um curso né nosso curso técnico e ele foi assim de fundamental importância, porque ele fez um resgate na gente como ser humano. GF I, Fortaleza-CE.

Eu sou outra pessoa depois que fiz o curso de Roda Comunitária... eu organizo as reuniões quinzenalmente. Entrevista com ACS, Eusébio-CE.

A TCI é realizada por meio de reuniões com a comunidade, em que as pessoas presentes são convidadas a partilhar experiências e sabedorias de vida por meio do diálogo. Estudos têm evidenciado resultados positivos na abordagem ao sofrimento mental por meio dessa técnica^{29,30}.

Condições mínimas para o trabalho no campo, como fardamento, equipamentos de proteção individual, máscaras, sapatos adequados, protetor ou roupas com fator de proteção solar, ajuda de custo para o combustível que utilizam, muitas vezes não são providos aos ACS.

Discussão

Neste artigo, propusemo-nos a analisar o escopo de práticas dos ACS do Ceará relacionando-o à situação social e de saúde da população e à formação destes trabalhadores, bem como elementos potencializadores e limitantes desta prática. Os ACS identificaram como principal atividade a visita domiciliar de grupos prioritários e o cadastramento de famílias no Siab e e-SUS AB. Estes achados são idênticos aos de um inquérito nacional sobre o perfil dos ACS, realizado em 2015, tendo participação de 1.526 ACS³¹.

Como está descrito nos resultados, evidenciou-se a complexidade e abrangência do trabalho dos ACS, que inclui ações de vigilância à saúde, como busca ativa e notificação de doenças infecciosas, o encaminhamento de pessoas e famílias para unidade de saúde, garantindo a cobertura do pré-natal, imunizações, prevenção do câncer ginecológico, o controle da hipertensão e do diabetes, além do cuidado com idosos e pessoas acamadas ou domiciliadas, o que também foi verificado em outros estudos³¹. As atividades de preenchimento manual de instrumentos para alimentação de sistemas de informação diversos ocupa parte considerável do seu tempo. Estes são indicativos da importância da informatização desse processo³², com a entrada de dados durante as visitas por meio de *tablets*, o que liberaria tempo para a realização de outras atividades.

Se a ESF é a porta de entrada do SUS, os ACS são a porta de entrada da ESF, servindo de anteparo às insatisfações da população com o sistema, o que leva a intenso desgaste físico e emocional. Em estudo na cidade de São Paulo, observou-se que a prevalência de possível depressão maior em profissionais da ESF era 18% mais elevada entre os ACS³³. Entre as causas associadas, os autores apontaram maior tempo de trabalho na APS, grande pressão laboral, a falta de retroalimentação dos supervisores com respeito ao desempenho e o escasso apoio social dos

colegas e supervisores³³, situações também observadas nesta pesquisa.

Com o aumento da violência no Ceará, a visita domiciliar dos ACS pode representar risco de vida, como reportam as falas sobre ameaças de traficantes, sobretudo na capital. Revelou-se também uma limitação de acesso de parte das mulheres e crianças aos serviços de saúde e educação, em consequência dos conflitos gerados por disputas de território entre facções criminosas. Em 2015, a violência urbana em Fortaleza foi identificada como causa de pedidos de demissão de trabalhadores em saúde em um bairro com população de baixa renda³⁴. Neste estudo, levanta-se a hipótese de que a violência urbana, além da baixa cobertura da ESF, pode ter sido um dos elementos relacionados com as falhas de imunização de crianças com vacina antissarampo, que esteve associada ao surto de sarampo ocorrido em Fortaleza entre 2013 e 2015³⁵.

Outra situação que causa estresse aos ACS é a grave deficiência no seu processo formativo, dado que, apesar da proposta de realização de um curso técnico de 1800 horas, 97,1% dos trabalhadores do estado ainda não o concluíram. O CTACS é composto por três etapas formativas. A primeira tem por objetivo desenvolver três competências nos participantes: promover ações para integração entre as equipes de saúde da família e a população; realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde; e desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania. Na Etapa Formativa II, são desenvolvidas competências quanto à promoção da saúde de grupos específicos, como crianças, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. As arboviroses e doenças veiculadas pela água são abordadas na Etapa Formativa III³⁶.

A complexidade do processo de trabalho dos ACS e seu contato cotidiano com a população exigem um processo de educação ‘permanente’^{37,38}, que em nenhum momento

foi assumido integralmente pelas esferas de gestão do SUS³⁹. Os participantes expressaram claramente sua sensação de despreparo para realizar as ações de educação em saúde de forma a responder à superposição de agendas sanitárias.

Como fatores limitantes do escopo de práticas dos ACS, identificamos a deficiência no processo formativo, escasso apoio social de colegas e supervisores, sobrecarga de trabalho, a projeção de insatisfações da comunidade com o SUS sobre os ACS e a violência urbana. Como fatores facilitadores, identificamos a gestão participativa e investimentos em educação permanente, como o CTACS, o Curso em Terapia Comunitária e o Caminhos do Cuidado, relacionado com a prevenção do uso de drogas e com o cuidado com pessoas dependentes.

Considerações finais

O presente trabalho evidenciou a complexidade do trabalho do ACS, que inclui ações de promoção e vigilância à saúde, como pré-natal, imunizações, hipertensão, diabetes, cuidado com idosos, entre outros. Como limitantes das práticas, identificou-se: deficiência da formação técnica, suporte reduzido no trabalho e violência, que tem afetado sua atuação profissional de forma incontestada. Contudo, potencializadores do trabalho do ACS também foram identificados, como a educação permanente e a gestão participativa, encontrada em algumas realidades avaliadas. O escopo de práticas dos ACS é complexo e abrangente, incluindo a articulação de políticas públicas no território, o que se constitui em uma potencialidade para promoção da saúde de comunidades vulneráveis.

A continuidade do trabalho dos ACS está sendo questionada pelos gestores do SUS por meio da PNAB 2017 e do Profags, este último pode ser inclusive interpretado como uma tentativa de

desprofissionalização desses trabalhadores da saúde. Os autores afirmam que se no trabalho dos ACS verifica-se um acúmulo de problemas que refletem a própria situação social e de saúde de suas comunidades, e os limites da ESF e do SUS, neste encontra-se também um potencial importante de contribuição para superação destes problemas, dado o seu papel de articulador de diversas políticas públicas, como saúde, educação e assistência social em comunidades vulneráveis. Cabe ao Estado brasileiro cumprir seu papel de garantir a formação necessária e o suporte adequado a estes trabalhadores.

Colaboradores

Barreto ICHC contribuiu substancialmente para a concepção do manuscrito, para o projeto de pesquisa, contribuiu para aquisição, análise e para interpretação dos dados para o trabalho, realizou a redação do trabalho, contando com a revisão crítica dos coautores, aprovou a versão final a ser publicada e manifesta concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Pessoa VM contribuiu substancialmente para a elaboração do projeto de pesquisa, contribuiu para análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Sousa MFA contribuiu substancialmente para a elaboração do projeto de pesquisa, contribuiu para aquisição, análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão

final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Nuto SAS contribuiu substancialmente para a elaboração do projeto de pesquisa, contribuiu para aquisição, análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Freitas RWJF contribuiu substancialmente para a elaboração do projeto de pesquisa, contribuiu para análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Ribeiro KG contribuiu substancialmente para a redação do manuscrito, contribuiu para análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte

do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Vieira-Meyer APGF contribuiu para a interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas. Andrade LOM contribuiu para análise e para interpretação dos dados, realizou revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada, manifestando concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo serão apropriadamente investigadas e resolvidas.

Agradecimentos

À Nísia Trindade Lima e a toda a equipe de gestão da Fiocruz, por possibilitarem a realização desta pesquisa. À Isabela Soares Santos e à Roberta Goldstein, coordenadoras da Rede de Pesquisas em Políticas Públicas e Sistemas de Saúde da Fiocruz, pelo suporte à pesquisa. Ao Dr. Antônio Carlile Holanda Lavor pelas contribuições na elaboração dos instrumentos do estudo e análise dos dados. Ao Edgar Sampaio, pelas análises estatísticas, e à Rubia Andrade, pela revisão das referências bibliográficas. ■

Referências

1. Organização Mundial de Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma Ata 1978: Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF: Unicef; 1979 [acesso em 2017 nov 24]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011por.pdf>.
2. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, et al. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 7(5):293-301.
3. Medeiros CN, Pinho Neto VR. Análise espacial da extrema pobreza no Estado do Ceará. Ceará: Ipece; 2010 [acesso em 2017 dez 2]. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/encontro_economia/vii-encontro/artigos/ANALISE_ESPACIAL_DA_EX-TREMA_POBREZA_NO_ESTADO_DO_CEARA.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus - Tabnet - Informações de Saúde - Demográficas e Socioeconômicas - Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Estado. Brasília, DF: MS; 2010.
5. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009; 5(4):898-906.
6. Poz M, Viana A. A Reforma no Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998; 8(2):11-48.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2017 dez 16]. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_sau-de_familia_brasil.pdf.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto Federal 7.508. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe 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*. 19 Set 1990 [acesso em 2017 dez 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.350, de 11 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 14 Fev 2006 [acesso em 2017 jan 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura da estratégia saúde da família [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>.
12. Pontes RJS, Ramos Júnior AN, Kerr LRS, et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p. 49-68.
13. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *The Lancet* [internet]. 2011 [acesso em 2017 dez 17]; 377:1877-1889. Disponível em: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>.
14. Ali S, Gugliemini O, Harber S, et al. Environmental and Social Change Drive the Explosive Emergence of Zika Virus in the Americas. *PLoS Negl Trop Dis*

- [internet]. 2017; 11(2):1-16.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* [internet]. 2011 [acesso em 2017 dez 16]; 377(9781):1949-1961. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract).
 16. Yunes J. Mortality from Violent Causes in the Americas. *Bulletin of PAHO*. 1993; 114(4):302-316.
 17. Paiva T. Homicídios ultrapassam AVC nas causas de morte em Fortaleza. *O Povo* [internet]. 2017 nov 29 [acesso em 2017 dez 16]. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/jornal/cotidiano/2017/11/homicidios-ultrapassam-avc-nas-causas-de-morte-em-fortaleza.html>.
 18. Lavor AC, Lavor MC, Lavor IC. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *SANARE* [internet]. 2004 [acesso em 2017 dez 16]; 5(1):121-128. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/130/122>
 19. Ursua RA, Aguilar DE, Wyatt LC, et al. A Community Health Worker Intervention to Improve Management of Hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey: A Pilot Study. *Ethn Dis*. 2014; 24(1):67-76.
 20. Herce ME, Chapman JA, Castro A, et al. A role for community health promoters in tuberculosis control in the state of Chiapas, Mexico. *J Community Health*. 2010; 35(2):182-189.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 83, 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combates às Endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial da União*. 10 Jan 2018.
 23. Pontes ALM, Bornstein VJ, Giugliani C. O Agente Comunitário de Saúde em Angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(3):521-533.
 24. Creswell JW. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 25. Somekh CL, Lewin C. *Teoria e Métodos de Pesquisa Social*. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
 26. Instituto de Planejamento e Gestão do Ceará [internet]. Fortaleza: IPECE; 2017 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/>.
 27. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70; 2011.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS e a Terapia Comunitária*. Andrade LOM, Barreto ICHC, Barreto AP, et al., organizadores. Brasília, DF: 2009 [acesso em 2107 dez 17]. Disponível em: <https://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/livrossustc>.
 29. Ianine AR, Lucineide AVB, Lucídia MT, et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2009 [acesso em 2017 dez 17]; 62(5):687-694. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/06>.
 30. Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Rev Eletron Enf* [internet]. 2009; 11(4):964-970 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/33252/17588>.

31. Nunes AC, Silva IV. Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Salvador: UFBA; 2016.
32. Brasil. Ministério da Saúde. E-SUS Atenção Básica: Manual do Aplicativo ACS. Brasília, DF: MS; 2015 [acesso em 2017 dez 17]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_esus_ab_territorio_PRELIMINAR.pdf.
33. Silva ATC, Lopes CS, Susser E, et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 17]; 106(11):1990-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631749>.
34. Ribeiro KG. Os Determinantes Sociais em Saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE) [tese]. Fortaleza: UFC; 2015 [acesso em 2017 dez 17]. 360 p. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11980/1/2015_tese_kgribeiro.pdf.
35. Lemos DRQ, Franco AR, Roriz MLFS, et al. Measles epidemic in Brazil in the post-elimination period: Coordinated response and containment strategies. *Vaccine* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 17]; 35(13):1721-1728. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17302177#f0015>.
36. Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Diretoria de Educação Profissional em Saúde. Relatório Técnico do Curso de Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa I. Fortaleza: [s.n]; [s. d]. 24 p.
37. Haddad J, Roschke M, Davini C. Educación permanente en salud. Washington: OPAS; 1995.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 2007. [acesso em 2018 out 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
39. Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2017 jun [acesso em 2018 maio 30]; 22(6):1865-1876. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=en.

Recebido em 30/05/2017

Aprovado em 28/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ

*Family Health Support Center (Nasf): a national panorama based on
National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) data*

Deniclara Brocardo¹, Carla Lourenço Tavares de Andrade², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³,
Sheyla Maria Lemos Lima⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S109

RESUMO O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008 visando aumentar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica (AB). Composto por uma equipe multiprofissional deve desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial e das ações técnico-pedagógicas ou clínico-assistenciais, pretendendo a integralidade do cuidado. O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho do Nasf no território brasileiro, considerando a integração entre as equipes Nasf e AB, a partir de dados provenientes da avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) segundo ciclo. Os resultados encontrados apontam adequação quanto à infraestrutura, às atividades de apoio matricial e às atividades integradas com as equipes AB. Contudo, o monitoramento e análise de indicadores, a formação inicial e a educação permanente carecem de maior desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Saúde da família. Política de saúde.

ABSTRACT *The Family Health Support Center (Nasf) was created in 2008 and aims to increase the resolution and scope of Primary Care (AB) actions. Composed by a multiprofessional team, it should develop joint activities with the AB teams, following the logic of matrix support and technical-pedagogical or clinical-assistencial actions, aiming at the integrity of care. The objective of this study was to analyze the work of the Nasf in Brazilian territory, considering the integration between the Nasf and AB teams, based on data from the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) in the second cycle. The results found show adequacy of the infrastructure, matrix support activities and activities integrated with the AB teams. However, the monitoring and analysis of indicators, the initial training and the continuing education need greater attention.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health evaluation. Family health. Health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3712-9217>
deniclara.brocardo@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3232-0917>
carlamv@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1450-0498>
slemos@ensp.fiocruz.br



Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, também denominada de Atenção Básica (AB), tem assumido em muitos países papel de relevância na organização do sistema público de saúde. Vários estudos internacionais e nacionais apontam resultados positivos a partir de sua atuação, referindo maior acesso aos serviços, melhor qualidade dos cuidados, maior foco na prevenção e redução de cuidados especializados desnecessários. Considera-se que uma APS resolutiveira possa contribuir para maior equidade no sistema de saúde em geral, para a prestação de atenção em saúde mais eficaz e para reduzir a mortalidade por mortes prematuras, doenças respiratórias e cardiovasculares¹⁻⁴.

Embora haja relativo consenso sobre a importância da APS na organização do sistema de saúde, diferentes arranjos nas práticas realizadas e na composição de profissionais envolvidos na APS são registrados⁴⁻⁶.

O médico generalista é o profissional mais comum em diferentes arranjos organizacionais. Contudo, observa-se, em muitos países, uma tendência à composição de equipes multiprofissionais para potencializar a cooperação interdisciplinar e aumentar a capacidade resolutiveira da APS⁷⁻⁹.

No Brasil, desde o final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde (MS) tem investido e induzido a saúde da família como modelo para organização das práticas da APS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como núcleo organizador do trabalho uma equipe mínima composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma população de aproximadamente 3 mil pessoas cadastradas à equipe, em territórios definidos. As equipes ESF podem estar ligadas a uma equipe de Saúde Bucal (odontólogo, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁰.

O Nasf, criado, em 2008, com o objetivo de qualificar e tornar mais resolutiveira a atuação da AB, é constituído por uma equipe multiprofissional. A composição da equipe

Nasf, segundo diretriz ministerial, deve ser definida pelo gestor municipal, em consulta às equipes AB, de acordo com as necessidades identificadas no território, com o perfil epidemiológico e com as condições socioeconômicas da população¹¹. Espera-se que a atuação do Nasf seja de forma integrada e colaborativa com as equipes AB, segundo a lógica do apoio matricial, que envolve a atuação conjunta das duas equipes, em atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial^{12,13}. Embora apresentadas de forma separada, essas dimensões estão, na prática, fortemente imbricadas. Em tese, a atuação matricial incrementaria a resolutiveira e a integralidade da atenção prestada pela AB.

Embora se identifique a potencialidade do Nasf na resolução e qualificação da AB¹⁴⁻¹⁶, ainda são identificadas diferentes formas de implantação e operacionalização do Nasf; e é relatada pouca clareza dos profissionais quanto ao modo de operar o apoio matricial¹⁶⁻¹⁸.

Compreender a dinâmica do funcionamento das equipes Nasf na sua interface com as equipes AB pode ajudar na identificação de ações que contribuam para a operacionalização da atuação compartilhada entre as duas equipes. O instrumento de avaliação do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), entre outros aspectos, possibilita caracterizar as atividades desenvolvidas de forma conjunta entre equipes Nasf e AB no campo da gestão, planejamento, avaliação e no campo da assistência propriamente dita.

Dessa forma, este artigo objetiva caracterizar o desenvolvimento das atividades que compõem a atuação matricial do Nasf em todo território nacional, a partir da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado em dados secundários do PMAQ do 2º ciclo da avaliação externa, relativo ao

período 2013-2014. Os dados utilizados são de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS¹⁹.

O PMAQ é um programa de avaliação e monitoramento da AB do MS composto por quatro fases. A avaliação externa é a terceira fase, na qual são observadas, *in loco*, as condições de funcionamento das equipes que aderiram ao programa. É realizada por meio de parceria entre o MS e Instituições de Ensino e Pesquisa, que ficam responsáveis pela coleta de dados em todo o território nacional. O instrumento de avaliação externa, aplicado por pesquisadores capacitados, é composto por seis módulos: o primeiro e o quinto dispõem sobre a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O segundo, quarto e sexto módulos são direcionados aos profissionais da equipe AB, equipe Nasf e equipe de Saúde Bucal, respectivamente. O terceiro módulo é aplicado aos usuários.

Para o presente estudo, foram consideradas, das 91 variáveis do Módulo IV, apenas aquelas que contemplavam a caracterização da estrutura física disponível, oferta de capacitação, ações de gestão, planejamento, coordenação das equipes e de desenvolvimento do apoio matricial.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva; e as tabulações, frequências simples, porcentagem e cruzamentos foram realizados por meio do *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz no mês de maio/2017, identificado pelo CAAE 68410017.3.0000.5240, sendo aprovada pelo

parecer consubstanciado de número 2.111.925, em 9 de junho de 2017.

Resultados e discussão

Adesão ao PMAQ

Foram consideradas 1.774 equipes Nasf que responderam à avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, relativo ao período 2013-2014, correspondendo a 45,5% das equipes Nasf informadas pelo MS em 2014. O baixo percentual registrado de participação das equipes Nasf contrastou com os 75,8% de participação das equipes AB (*tabela 1*). A participação das equipes Nasf e AB no PMAQ perante o número de equipes informadas pelo MS evidenciou uma situação relativamente semelhante entre as regiões do País, porém bastante diversa entre os estados.

Considerando as equipes Nasf, as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram percentuais de adesão pouco maiores que a média referida, 50,0% e 47,5%, respectivamente. A região Sul registrou o menor percentual, 35,3%. Destoaram os estados do Tocantins (19,4%), do Espírito Santo (25,0%), do Maranhão (28,6%) e do Rio Grande do Sul (29,5%), com as menores participações. Com elevada participação, destacaram-se os estados do Amapá com 85,0% e os de Rondônia, do Ceará, de Pernambuco, do Rio de Janeiro e de Mato Grosso do Sul, todos com mais de 60,0% das equipes Nasf participando do 2º ciclo do PMAQ (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das equipes AB e Nasf informadas pelo Ministério da Saúde e respondentes da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Equipes AB			Equipes Nasf			Número de equipes AB com Nasf referido**	N Equipes AB implantadas / N Equipes Nasf implantadas
	N implanta-das*	N responderam ao PMAQ**	% AB implanta-da que res-ponderam ao PMAQ	N implanta-das*	N responderam ao PMAQ**	% Nasf im-plantadas que responderam ao PMAQ		
Brasil	39.310	29.778	75,8	3.898	1.774	45,5	17.157	10,1
Norte	3.189	2.160	67,7	312	126	40,4	997	10,2
Rondônia	368	252	68,5	14	9	64,3	109	26,3
Acre	209	99	47,4	21	9	42,9	42	10,0
Amazonas	671	469	69,9	55	29	52,7	164	12,2
Roraima	115	77	67,0	9	4	44,4	20	12,8
Pará	1.196	776	64,9	90	38	42,2	368	13,3
Amapá	160	126	78,8	20	17	85,0	105	8,0
Tocantins	470	361	76,8	103	20	19,4	189	4,6
Nordeste	14.836	10.768	72,6	1.730	821	47,5	7.420	8,6
Maranhão	2.004	660	32,9	154	44	28,6	342	13,0
Piauí	1.266	865	68,3	234	86	36,8	696	5,4
Ceará	2.303	1.626	70,6	215	141	65,6	1.315	10,7
Rio Grande do Norte	1.018	862	84,7	160	57	35,6	616	6,4
Paraíba	1.344	1.211	90,1	262	116	44,3	979	5,1
Pernambuco	2.142	1.845	86,1	218	141	64,7	1.322	9,8
Alagoas	820	698	85,1	125	54	43,2	469	6,6
Sergipe	634	376	59,3	33	12	36,4	148	19,2
Bahia	3.305	2.625	79,4	329	170	51,7	1.533	10,0
Sudeste	12.934	10.100	78,1	1.043	521	50,0	5.575	12,4
Minas Gerais	5.079	4.180	82,3	629	295	46,9	2.558	8,1
Espírito Santo	698	516	73,9	20	5	25,0	58	34,9
Rio de Janeiro	2.377	1.881	79,1	117	71	60,7	1.047	20,3
São Paulo	4.780	3.523	73,7	277	150	54,2	1.912	17,3
Sul	5.620	4.509	80,2	535	189	35,3	2.070	10,5
Paraná	2.209	1.789	81,0	209	76	36,4	817	10,6
Santa Catarina	1.642	1.467	89,3	221	82	37,1	916	7,4
Rio Grande do Sul	1.769	1.253	70,8	105	31	29,5	337	16,8
Centro-Oeste	2.731	2.241	82,1	278	117	42,1	1.095	9,8
Mato Grosso do Sul	546	437	80,0	60	38	63,3	296	9,1
Mato Grosso	630	514	81,6	44	17	38,6	192	14,3
Goiás	1.313	1.180	89,9	168	60	35,7	550	7,8
Distrito Federal	242	110	45,5	6	2	33,3	57	40,3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Ministério da Saúde²⁰.

*Ministério da Saúde, 2017.

**Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Quanto à participação das equipes AB, a região Norte registrou a menor (67,7%); e a Centro-Oeste, a maior participação (82,1%). As menores participações foram observadas no Maranhão (32,9%), no Distrito Federal (45,5%) e no Acre (47,4%). O estado com maior participação foi o da Paraíba (90,1%). Nos estados do Rio Grande do Norte, de Pernambuco, de Alagoas, de Minas Gerais, do Paraná, de Santa Catarina, de Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul e de Goiás, ao menos 80,0% das equipes AB participaram do PMAQ (*tabela 1*).

A diferença entre a participação das equipes AB e Nasf no PMAQ, em parte, pode ser explicada por ter sido a primeira vez que o Nasf participou da avaliação do PMAQ, diferentemente da equipe AB, que participa desde o início do processo. Além disso, a participação da equipe Nasf no PMAQ não é uma decisão da equipe, e, sim, do gestor municipal juntamente com a equipe AB que, de forma voluntária, aderem ao PMAQ. A participação do Nasf está condicionada à adesão da equipe AB à qual está vinculada^{21,22}.

Por outro lado, as diferenças observadas na participação das equipes Nasf e AB no PMAQ entre os estados podem, em parte, ser explicadas pela heterogeneidade decorrente da descentralização de saúde e do federalismo fiscal que provocam iniquidades na oferta e acesso aos serviços de saúde²³.

Outro aspecto importante a ser observado refere-se à disparidade da razão entre equipes AB e Nasf implantadas entre os estados do País. Observou-se que o Tocantins (4,6), o Piauí (5,4) e a Paraíba (5,1) apresentaram as menores razões, enquanto o Distrito Federal (40,3), o Espírito Santo (34,9) e Rondônia (26,3), os valores mais elevados ao se dividir o número de equipes AB pelo número de equipes Nasf (*tabela 1*).

Considerando-se que as diretrizes ministeriais preconizam, no máximo, nove equipes

AB por equipe Nasf (dependendo do tipo de Nasf), supõe-se que os estados que apresentaram razão menor ou próxima ao padrão seriam aqueles com melhores resultados de implantação do Nasf. Em contrapartida, destacaram-se negativamente os estados com razões muito elevadas, indicando uma implantação do Nasf ainda incipiente²⁴.

De toda forma, houve um incremento na implantação dos Nasf no País. Considerando a razão entre equipes AB e Nasf, em estudo realizado em 2012, observou-se que as regiões Norte (16,9), Nordeste (18,1), Sudeste (21,1), Sul (33,4) e Centro-Oeste (20,9) apresentaram razões bem superiores (16). Enquanto as encontradas no estudo atual foram, respectivamente, 10,2, 8,6, 12,4, 10,5 e 9,8.

Nos resultados a seguir apresentados, sintetizados nas *tabelas 2, 3, 4 e 5*, o total de equipes respondentes (N) é diferente entre si para algumas questões e diferente do total de equipes que participaram do PMAQ (1.774 equipes Nasf), pois nem sempre todas as questões foram respondidas por todas as equipes. Ou seja, há diferentes N, para as diferentes questões do instrumento de avaliação.

Estrutura física e capacitação profissional

Considerando o espaço físico utilizado para realização das atividades do Nasf, predominou a existência de consultórios compartilhados entre as equipes Nasf e AB, assim referido por 85,7% das equipes Nasf. Ainda vale registrar que 72,8% e 82,7% das equipes, respectivamente, informaram haver sala de reuniões na unidade e espaços no território para atuação do Nasf. Por fim, destaca-se que 80,0% das equipes registraram disponibilidade de veículo, sempre ou na maioria das vezes, para realização de seu trabalho (*tabela 2*).

Tabela 2. Espaços utilizados, disponibilidade de veículo, formação específica e educação permanente para as equipes Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Espaços utilizados (N=1.774)						Disponibilidade de veículo (N=1.333)				Formação específica (N=1.774)		Educação permanente (N=1.774)	
	Consultório exclusivo Nasf		Consultório compartilhado		Sala de reuniões na unidade		Espaços no território		Sempre/Na maioria das vezes		Para todos os profissionais		Para todos os profissionais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	690	38,9	1521	85,7	1291	72,8	1467	82,7	1.067	80,0	809	45,6	916	51,6
Norte	58	46,0	93	73,8	54	42,9	77	61,1	59	77,6	38	30,2	27	21,4
Rondônia	4	44,4	7	77,8	4	44,4	5	55,6	5	83,3	-	-	-	-
Acre	6	66,7	4	44,4	6	66,7	5	55,6	4	80,0	2	22,2	2	22,2
Amazonas	9	31,0	25	86,2	13	44,8	22	75,9	13	72,2	8	27,6	7	24,1
Roraima	1	25,0	4	100,0	2	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	17	44,7	28	73,7	13	34,2	19	50,0	23	85,2	16	42,1	10	26,3
Amapá	8	47,1	13	76,5	8	47,1	12	70,6	4	80,0	6	35,3	3	17,6
Tocantins	13	65,0	12	60,0	8	40,0	14	70,0	10	71,4	6	30,0	5	25,0
Nordeste	311	37,9	692	84,3	570	69,4	680	82,8	572	82,7	361	44,0	385	46,9
Maranhão	27	61,4	33	75,0	29	65,9	36	81,8	26	76,5	9	20,5	18	40,9
Piauí	46	53,5	62	72,1	42	48,8	62	72,1	74	90,2	40	46,5	35	40,7
Ceará	77	54,6	120	85,1	102	72,3	121	85,8	111	89,5	68	48,2	73	51,8
Rio Grande do Norte	29	50,9	49	86,0	45	78,9	52	91,2	38	86,4	30	52,6	28	49,1
Paraíba	32	27,6	100	86,2	84	72,4	104	89,7	71	82,6	41	35,3	52	44,8
Pernambuco	36	25,5	124	87,9	91	64,5	110	78,0	81	71,7	68	48,2	71	50,4
Alagoas	17	31,5	36	66,7	28	51,9	38	70,4	39	79,6	16	29,6	18	33,3
Sergipe	8	66,7	9	75,0	10	83,3	9	75,0	10	83,3	4	33,3	6	50,0
Bahia	39	22,9	159	93,5	139	81,8	148	87,1	122	82,4	85	50,0	84	49,4
Sudeste	202	38,8	475	91,2	424	81,4	457	87,7	248	78,2	276	53,0	326	62,6
Minas Gerais	136	46,1	270	91,5	246	83,4	255	86,4	190	80,9	146	49,5	164	55,6
Espírito Santo	1	20,0	4	80,0	3	60,0	4	80,0	1	20,0	1	20,0	-	-
Rio de Janeiro	13	18,3	68	95,8	42	59,2	67	94,4	21	65,6	37	52,1	44	62,0
São Paulo	52	34,7	133	88,7	133	88,7	131	87,3	36	80,0	92	61,3	118	78,7
Sul	73	38,6	170	89,9	156	82,5	163	86,2	117	77,0	82	43,4	125	66,1
Paraná	21	27,6	67	88,2	58	76,3	62	81,6	41	78,8	42	55,3	44	57,9
Santa Catarina	42	51,2	77	93,9	72	87,8	76	92,7	59	74,7	34	41,5	61	74,4
Rio Grande do Sul	10	32,3	26	83,9	26	83,9	25	80,6	17	81,0	6	19,4	20	64,5
Centro-Oeste	46	39,3	91	77,8	87	74,4	90	76,9	71	74,0	52	44,4	53	45,3
Mato Grosso do Sul	13	34,2	30	78,9	32	84,2	28	73,7	21	65,6	17	44,7	26	68,4
Mato Grosso	6	35,3	12	70,6	11	64,7	10	58,8	9	75,0	2	11,8	3	17,6
Goiás	27	45,0	47	78,3	42	70,0	50	83,3	40	78,4	32	53,3	23	38,3
Distrito Federal	-	-	2	100,0	2	100,0	2	100,0	1	100,0	1	50,0	1	50,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Os resultados foram bastante satisfatórios diante do incentivo à atuação conjunta das duas equipes, Nasf e AB, na utilização de espaços de atendimento comuns e na inserção das equipes nos locais de moradia da população, inclusive, para tanto, com veículo disponível para seu deslocamento.

Exceções foram observadas nos estados do Acre (66,7%), de Sergipe (66,7%), do Tocantins (65,0%) e do Maranhão (61,4%), que apresentaram elevados percentuais de consultório exclusivo para o Nasf. Com resultados também insatisfatórios, o estado de Roraima informou não ter disponibilidade de veículo para sua atuação, e no Espírito Santo, somente uma equipe informou ter veículo disponível (*tabela 2*).

Apesar dos resultados positivos e dos recursos investidos na AB advindos do PMAQ e do Programa de requalificação das Unidades Básicas de Saúde/Requalifica UBS, ainda há inadequação ou insuficiência de estrutura e insumos nas UBS, principalmente nos estados do Norte e do Nordeste, possivelmente associados ao baixo desenvolvimento econômico e oferta de serviços. Em contraposição, as regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas e com maior número de serviços, apresentam resultados mais satisfatórios quanto à infraestrutura²⁵⁻²⁸. Ressalta-se, ainda, que as UBS cujas equipes aderiram ao PMAQ, e que, portanto, foram objeto de avaliação por parte das equipes Nasf, são aquelas que apresentam melhores condições estruturais, inclusive com equipes completas^{29,30}.

Resultados não tão satisfatórios foram observados em relação à oferta de formação específica (por ocasião do início do trabalho) e educação permanente (processo contínuo de revisão das práticas de trabalho), em que, respectivamente, 45,6% e 51,6% das equipes informaram ter tido as referidas ações de formação para todos os profissionais da equipe (*tabela 2*).

Dentre os temas mais abordados na educação permanente, destacaram-se a organização do processo de trabalho do Nasf (83,8%), saúde

mental (80,7%), conflitos sociais (79,7%), princípios e diretrizes da AB (76,1%), organização do processo de trabalho da AB (75,3%) e condições crônicas (74,8%)³⁰.

É importante assinalar que a formação específica e a educação permanente foram referidas como sendo ofertadas para alguns ou para nenhum profissional por 54,4% e 48,4% das equipes respectivamente. Os resultados foram ainda piores nos estados de Rondônia e de Roraima, onde a totalidade das equipes registrou a inexistência de qualquer tipo de oferta de capacitação. No Espírito Santo, nenhuma equipe informou ter recebido educação permanente (*tabela 2*). Tais resultados contrastam com os observados no 1º ciclo do PMAQ destinado exclusivamente às equipes AB, em que mais de 80,0% das equipes informaram iniciativas de educação permanente, ainda que em municípios de pequeno porte o percentual tenha sido menor (67,4%)³².

Estudos anteriores já apontavam deficiência na formação, falta de apoio para capacitação e qualificação dos profissionais e necessidade de educação permanente^{16,33-35}. Tendo em consideração que as ações de educação permanente se embasam nos problemas cotidianos e no protagonismo dos profissionais, investir nessas ações pode contribuir para o fortalecimento e comprometimento dos profissionais, assim como motivá-los e mantê-los nos serviços de saúde^{32,36,37}.

Operacionalização do trabalho entre as equipes Nasf e AB

Considerando a gestão das equipes Nasf, a existência de coordenação foi referida por 92,6% das equipes. Resultado positivo foi observado em quase todos os estados, com mais de 75,0% das equipes informando a existência de coordenação, exceto Mato Grosso (64,7%). Destaca-se, entretanto, o registro de equipes sem coordenação em quase todos os estados, exceção observada nos estados de Roraima, do Espírito Santo e no Distrito Federal, nos quais todas as equipes registraram haver coordenação (*tabela 3*).

Tabela 3. Coordenação da equipe Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Existência de coordenação (N=1.774)		Instância que realiza a coordenação (N=1.642)			
	N	%	Comum com AB		Específica Nasf	
			N	%	N	%
Brasil	1.642	92,6	444	27,0	1.012	61,6
Norte	111	88,1	26	23,4	80	72,1
Rondônia	7	77,8	4	57,1	3	42,9
Acre	7	77,8	-	-	7	100,0
Amazonas	24	82,8	6	25,0	16	66,7
Roraima	4	100,0	1	25,0	3	75,0
Pará	35	92,1	7	20,0	27	77,1
Amapá	15	88,2	1	6,7	14	93,3
Tocantins	19	95,0	7	36,8	10	52,6
Nordeste	768	93,5	204	26,6	506	65,9
Maranhão	42	95,5	6	14,3	34	81,0
Piauí	78	90,7	18	23,1	55	70,5
Ceará	137	97,2	29	21,2	103	75,2
Rio Grande do Norte	54	94,7	16	29,6	31	57,4
Paraíba	109	94,0	28	25,7	63	57,8
Pernambuco	136	96,5	36	26,5	92	67,6
Alagoas	47	87,0	8	17,0	36	76,6
Sergipe	11	91,7	3	27,3	8	72,7
Bahia	154	90,6	60	39,0	84	54,5
Sudeste	489	93,9	136	27,8	271	55,4
Minas Gerais	275	93,2	89	32,4	139	50,5
Espírito Santo	5	100,0	3	60,0	2	40,0
Rio de Janeiro	63	88,7	19	30,2	36	57,1
São Paulo	146	97,3	25	17,1	94	64,4
Sul	175	92,6	43	24,6	104	59,4
Paraná	72	94,7	17	23,6	48	66,7
Santa Catarina	78	95,1	16	20,5	45	57,7
Rio Grande do Sul	25	80,6	10	40,0	11	44,0
Centro-Oeste	99	84,6	35	35,4	51	51,5
Mato Grosso do Sul	33	86,8	8	24,2	20	60,6
Mato Grosso	11	64,7	5	45,5	3	27,3
Goiás	53	88,3	21	39,6	27	50,9
Distrito Federal	2	100,0	1	50,0	1	50,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados do PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Identificando-se a instância responsável pela coordenação, observou-se que apenas 27,0% das equipes informaram haver uma coordenação comum para as equipes Nasf e AB, qual seja, a coordenação da AB. Predominou a coordenação específica para o Nasf, informada por 61,6% das equipes. Este foi o padrão para todos os estados, exceto Rondônia, Espírito Santo e Mato Grosso, nos quais predominou a coordenação comum ou AB. No Distrito Federal, a coordenação foi referida igualmente entre a específica e a comum (tabela 3).

Embora a coordenação comum entre as equipes AB e Nasf, por si só, não assegure a integração entre as equipes, sua existência

pode ser um fator facilitador. Argumenta-se que a existência de espaços coletivos e de cogestão, em que objetivos e estratégias de atuação sejam compartilhados, podem potencializar a institucionalização do Nasf, o apoio matricial e a integração entre AB e Nasf³⁸.

Em relação às ações realizadas por meio do apoio matricial, o planejamento de atividades realizado de forma conjunta entre as equipes Nasf e AB foi relatado por 87,0% das equipes Nasf (tabela 4). Corroborando esse resultado, a pactuação das atividades da agenda de trabalho, entre as duas equipes, foi informada por 92,6% das equipes. O único estado com percentual de pactuação menor que 70,0% foi Rondônia (55,6%) (tabela 4).

Tabela 4. Apoio matricial - planejamento e avaliação realizados de forma conjunta entre equipes Nasf e AB, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Planejamento (N=1.706)		Pactuação do cronograma de atividades (N=1.774)		Ações não programadas, em situações imprevistas (sempre/na maioria das vezes) (N=1.774)		Registro de atividades em prontuário comum (N=1.774)		Monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde (N=1.774)		Monitoramento Projeto Terapêutico Singular (PTS) (N=1.774)		Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada (N=1.774)		Sem periodicidade definida ou Periodicidade diferente entre equipes (N=1.774)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Brasil	1.485	87,0	1.643	92,6	1.445	81,5	1.472	83,0	1.153	65,0	1.141	64,3	1.100	62,0	491
Norte	88	79,3	107	84,9	102	81,0	100	79,4	80	63,5	68	54,0	64	50,8	46	36,5
Rondônia	2	33,3	5	55,6	9	100,0	3	33,3	2	22,2	3	33,3	2	22,2	7	77,8
Acre	6	85,7	8	88,9	5	55,6	7	77,8	8	88,9	6	66,7	6	66,7	3	33,3
Amazonas	20	80,0	21	72,4	24	82,8	26	89,7	17	58,6	13	44,8	16	55,2	10	34,5
Roraima	3	100,0	4	100,0	3	75,0	4	100,0	3	75,0	3	75,0	2	50,0	2	50,0
Pará	32	88,9	36	94,7	32	84,2	34	89,5	26	68,4	25	65,8	17	44,7	11	28,9
Amapá	11	73,3	16	94,1	15	88,2	13	76,5	11	64,7	9	52,9	10	58,8	8	47,1
Tocantins	14	73,7	17	85,0	14	70,0	13	65,0	13	65,0	9	45,0	11	55,0	5	25,0
Nordeste	693	87,1	762	92,8	637	77,6	647	78,8	557	67,8	482	58,7	509	62	253	30,8
Maranhão	31	73,8	40	90,9	27	61,4	34	77,3	31	70,5	24	54,5	30	68,2	13	29,5
Piauí	72	86,7	79	91,9	64	74,4	54	62,8	60	69,8	52	60,5	48	55,8	27	31,4
Ceará	128	92,8	130	92,2	108	76,6	120	85,1	99	70,2	87	61,7	78	55,3	38	27,0
Rio Grande do Norte	53	96,4	55	96,5	45	78,9	47	82,5	42	73,7	36	63,2	38	66,7	13	22,8
Paraíba	96	85,7	105	90,5	90	77,6	74	63,8	75	64,7	48	41,4	73	62,9	42	36,2
Pernambuco	120	87,6	135	95,7	123	87,2	127	90,1	95	67,4	100	70,9	95	67,4	37	26,2
Alagoas	36	73,5	45	83,3	42	77,8	35	64,8	34	63,0	24	44,4	27	50,0	32	59,3
Sergipe	9	75,0	11	91,7	9	75,0	7	58,3	7	58,3	4	33,3	7	58,3	4	33,3
Bahia	148	88,1	162	95,3	129	75,9	149	87,6	114	67,1	107	62,9	113	66,5	47	27,6

Tabela 4. (cont.)

Sudeste	454	90,1	499	95,8	449	86,2	473	90,8	341	65,5	398	76,4	364	69,9	93	17,9
Minas Gerais	262	91,9	283	95,9	257	87,1	260	88,1	196	66,4	217	73,6	203	68,8	50	16,9
Espírito Santo	3	75,0	4	80,0	2	40,0	4	80,0	4	80,0	2	40,0	3	60,0	3	60,0
Rio de Janeiro	54	79,4	65	91,5	61	85,9	63	88,7	40	56,3	54	76,1	43	60,6	22	31,0
São Paulo	135	91,8	147	98,0	129	86,0	146	97,3	101	67,3	125	83,3	115	76,7	18	12,0
Sul	155	84,7	168	88,9	166	87,8	175	92,6	105	55,6	122	64,6	101	53,4	58	30,7
Paraná	56	78,9	66	86,8	68	89,5	72	94,7	35	46,1	44	57,9	33	43,4	31	40,8
Santa Catarina	74	90,2	75	91,5	77	93,9	76	92,7	51	62,2	58	70,7	50	61,0	18	22,0
Rio Grande do Sul	25	83,3	27	87,1	21	67,7	27	87,1	19	61,3	20	64,5	18	58,1	9	29,0
Centro-Oeste	95	84,8	107	91,5	91	77,8	77	65,8	70	59,8	71	60,7	62	53,0	41	35,0
Mato Grosso do Sul	33	91,7	34	89,5	29	76,3	27	71,1	27	71,1	22	57,9	20	52,6	11	28,9
Mato Grosso	11	68,8	12	70,6	13	76,5	10	58,8	5	29,4	5	29,4	5	29,4	9	52,9
Goiás	50	86,2	59	98,3	47	78,3	38	63,3	38	63,3	43	71,7	37	61,7	21	35,0
Distrito Federal	1	50,0	2	100,0	2	100,0	2	100,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Nota: Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Registra-se ainda que as equipes identificaram haver flexibilização para atuar nas situações não previstas. A possibilidade de realizar ações não programadas em situações imprevistas foi registrada por 81,5% das equipes Nasf, como sendo realizada sempre ou na maioria das vezes (*tabela 4*).

Em relação ao uso de prontuário comum entre as equipes Nasf e AB, observou-se que 83,0% das equipes Nasf informaram positivamente. A exceção dos estados de Rondônia (33,3%), do Piauí (62,8%), da Paraíba (63,8%), de Alagoas (63,8%), de Sergipe (58,3%) e de Goiás (63,3%), nos outros estados, ao menos, 65,0% das equipes referiram seu uso (*tabela 4*).

Cabe ainda destacar o monitoramento e a análise de indicadores e informações em saúde realizada pelas equipes AB e Nasf referido por 65,0% das equipes Nasf. Menos da metade das equipes Nasf informou realizá-los nos estados de Rondônia (22,2%), de Mato Grosso (29,4%) e do Paraná (46,1%). Pior resultado ainda foi registrado no Distrito Federal, onde nenhuma equipe informou fazer monitoramento (*tabela 4*).

Ainda no campo do monitoramento e avaliação, resultado similar foi encontrado para o monitoramento conjunto pelas duas equipes do Projeto Terapêutico Singular (PTS), informado por 64,3% das equipes Nasf. Novamente ganharam destaque negativo os estados de Rondônia e de Mato Grosso com, respectivamente, apenas 33,3% e 29,4% das equipes informando realizá-los. Acompanharam este resultado os estados do Amazonas, do Tocantins, de Alagoas, da Paraíba e do Espírito Santo, em que um pouco mais de 40,0% das equipes informaram o monitoramento do PTS (*tabela 4*).

Resultado semelhante foi assinalado para o monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada, referido por 62,0% das equipes Nasf. As equipes dos estados de Rondônia e de Mato Grosso informaram que apenas 22,2%, e 29,4% delas, respectivamente, monitoravam e avaliavam a atenção compartilhada (*tabela 4*).

Esses resultados indicam fragilidade e necessidade de incrementar o monitoramento do PTS e da atenção compartilhada bem

como a análise e monitoramento de indicadores em saúde. O monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes integra o planejamento e constitui componente estratégico para o processo de trabalho e mudança das práticas em saúde^{39,40}.

Quanto à periodicidade de reuniões entre equipes Nasf e AB para o desenvolvimento do apoio matricial, assinala-se que quase um terço das equipes Nasf (27,7%) no País ainda referiu não haver periodicidade predefinida (sem periodicidade e periodicidade diferente entre as equipes). Resultados mais negativos foram encontrados nos estados de Rondônia,

de Roraima, de Alagoas, do Espírito Santo e de Mato Grosso, em que 78,8%, 50,0%, 59,3%, 60,0% e 52,9%, respectivamente, das equipes Nasf fizeram tal registro (*tabela 4*).

Destacaram-se as atividades de apoio matricial, realização de visitas (92,8%), discussão de casos clínicos mais complexos e de eventos sentinela (88,8%), intervenção no território (86,5%) e realização de consultas compartilhadas (83,5%), como aquelas com maior potencial para incentivar a integração e atuação conjunta entre as equipes (*tabela 5*). Tais atividades são esperadas considerando-se as diretrizes ministeriais para sua atuação.

Tabela 5. Atividades do apoio matricial e registro de informação utilizado pela equipe Nasf, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2014

Variáveis	N	%
Atividades de apoio matricial realizadas nos encontros entre Nasf/AB (N=1.774)		
Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	1.646	92,8
Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	1.575	88,8
Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	1.534	86,5
Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	1.482	83,5
Registro de informação (N=1.774)		
Sim	1.727	97,4
Não	47	2,6
Dispositivo utilizado para registro de informações (N=1.727)		
Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF	1.127	65,3
SIAB	763	44,2
Sistema próprio do município/equipe	538	31,2
e-SUS	315	18,2
Outros	267	15,5
SIA	264	15,3

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Banco de dados PMAQ, segundo ciclo, 2014.

Significativo percentual das equipes Nasf (97,4%) referiu registro das ações realizadas em algum sistema de informação. Porém, apesar de o MS disponibilizar sistemas para registro das atividades na AB (Sistema de Informação Ambulatorial/SIA, Sistema

de Informações da AB/e-SUS e Sistema de Informação da Atenção Básica/Siab), chamou a atenção que 65,3% das equipes informaram ter criado seus formulários, fichas ou relatórios para registro de suas ações (*tabela 5*).

Esse resultado evidencia uma dispersão e possivelmente repetição de registro das informações entre os sistemas oficiais e entre os criados pelas equipes. A fragmentação e duplicidade de registro não são eficientes, não favorecem a integração entre as equipes Nasf e AB, tampouco a gestão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito da AB^{34,35,39,40}.

Considerações finais

O estudo se destaca como sendo o primeiro diagnóstico, de âmbito nacional, sobre o trabalho que as equipes Nasf realizam com as equipes AB, tendo em vista que a avaliação externa do PMAQ do 1º ciclo não contemplou as equipes Nasf.

O estudo permitiu reconhecer os avanços da implantação do Nasf, assim como importantes desafios para que a AB seja fortalecida na sua capacidade de reconhecer necessidades em saúde e de responder de forma mais oportuna e adequada, seja no âmbito de sua intervenção, seja em outros pontos de atenção dentro do sistema de saúde e no diálogo com outras políticas intersetoriais.

Evidenciou ainda o avanço da política no sentido do fortalecimento da APS, com a incontestável implantação de equipes matriciadoras em todo o País, apesar do espaço que ainda existe para a sua expansão quantitativa. Ainda há equipes de AB em regiões brasileiras que, por não alcançarem as condições exigidas para adesão ao PMAQ, não foram contempladas com equipes Nasf e, portanto, não estão representadas no estudo.

Embora se reconheça a importância do incentivo financeiro dado pelo PMAQ aos municípios para implantarem as equipes ESF e Nasf, o mecanismo por si só não assegura que regiões prioritárias com populações mais vulneráveis recebam tais recursos e implantem equipes.

Apesar dos resultados satisfatórios encontrados, permanecem existindo algumas

insuficiências que, possivelmente, comprometem a resolutividade e a qualidade do cuidado ofertado na AB. Ainda é problema o investimento na capacitação continuada e qualificação dos profissionais tanto nos aspectos assistenciais quanto no uso de dispositivos que propiciem mais integração entre as equipes Nasf e AB, em especial o matriciamento. Entre eles, chamou a atenção de forma negativa o monitoramento do plano terapêutico, da atenção compartilhada e dos indicadores em saúde.

Além disso, alguns estados com resultados mais negativos em diferentes aspectos avaliados merecem atenção e ações diferenciadas por parte do MS e dos respectivos governos estaduais e municipais.

Os resultados apresentados não estão influenciados pela atual PNAB de 2017 e expressam o período de vigência da PNAB 2012, em que o matriciamento configurava-se como atividade central do Nasf. A atual PNAB parece expressar que a dimensão assistencial seja o núcleo central da atividade do Nasf, contudo é prematuro ainda tecer considerações sobre a atual PNAB tendo em vista que ainda está por ser operacionalizada.

O arranjo organizacional proposto pelo Nasf expressa-se por meio das interações estabelecidas entre os profissionais, no seu modo de operar e nas formas de colaboração. O fato das formações específicas dos profissionais da AB e do Nasf não darem suporte a essas práticas compartilhadas de trabalho acresce complexidade à sua operacionalização. Embora se reconheça a dificuldade em captar e mensurar a colaboração entre profissionais, no âmbito assistencial e técnico-pedagógico, preconizado pelo apoio matricial, também se reconhece a importância de esforços nesse sentido; e a avaliação do PMAQ é um deles³⁵.

O diagnóstico fornecido pelo PMAQ é ainda insuficiente para afirmar que, de fato, o matriciamento esteja sendo praticado de forma satisfatória e trazendo aportes efetivos à resolutividade da atenção básica. Esta

é uma lacuna de investigação a merecer estudos mais detalhados e específicos.

Colaboradores

Brocardo D contribuiu substancialmente para a concepção, interpretação e análise dos dados e elaboração do rascunho.

Andrade CLT contribuiu para o planeamento e análise dos dados e para a aprovação da versão final do manuscrito. Fausto MCR contribuiu para a análise de dados, revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Lima SML contribuiu análise de dados, revisão crítica de conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10:65-78.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970- 1998. *BMC Health Serv Res.* 2003; 38(3):831-865.
3. Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.
4. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat. New York: Open University Press; 2006.
5. Andrade LOM, Barreto ICH, Bezerra RC. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MC, Drumond MJ, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Viana ALD, Fausto MCR. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana ALD, Elias PE, Ibañez N, organizadores. Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 150- 167.
7. Gérvas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl.1):S24-S26.
8. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(supl.1):S7-S20.
9. Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract.* 2011; 12(115):1-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 24 Jan 2008 [acesso em 2016 mar 28]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: MS; 2014.
14. Panizzi M. Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. 172 p.
15. Pasquim HM, Arruda MSB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na Atenção Básica. *Corpus et Scientia*. 2013 jul-dez; 9(2):34-44.
16. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):105-119.
17. Almeida ER. A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. 215 p.
18. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 6(3):317-324.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Banco de dados do PMAQ 2o Ciclo. Brasília, DF: MS; c2018 [acesso em 27 junho 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/apc_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: MS e IBGE. [acesso em 08 junho de 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
21. 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): manual instrutivo. Brasília, DF: MS; 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Manual Instrutivo para Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: MS; 2013.
23. Viana AL, Machado CV. Proteção Social em Saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis*. 2008; 18(4):645-684.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 2012 [acesso em 2016 mar 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/portaria3124_28_12_2012.html.
25. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(4):1141-1154.
26. Oliveira IF, Amorim KMO, Paiva RA, et al. A Atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica. *Temas Psicol*. 2017 mar; 25(1):291-304.
27. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. *Ver Bras Promoção Saúde*. 2014; 27(2):224-231.

28. Vannucchi AMC, Carneiro Junior N. Modelos técnico-assistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis*. 2012; 22(3):963-982.
29. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2697-2708.
30. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2709-2718.
31. Brocardo D. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e Sua Interface com Atenção Básica: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2018. 146 p.
32. Seidl H, Vieira SP, Fausto M, et al. Gestão do trabalho na atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):94-108.
33. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transf Soc*. 2012; 3(1):18-31.
34. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010; 34(1):92-96.
35. Silva ATCS, Aguiar ME, Winck K, et al. Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidade na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2076-2078.
36. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde debate*. 2017; 41(esp):345-359.
37. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, et al. 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. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):237-251.
38. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017; 41(112):155-170.
39. Silva E, Melo F, Sousa M, et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013 jun; 17(2):197-202.
40. Souza TS. Nasf: Fragmentação ou integração do trabalho na APS [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. p. 149

Recebido em: 30/05/2018

Aprovado em: 16/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB

Oral health work process in Primary Health Care: intermunicipal inequalities highlighted by the PMAQ-AB

Márcia Helena Baldani¹, Ana Elisa Ribeiro², Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves³, Rafael Gomes Ditterich⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S110

RESUMO O objetivo deste estudo exploratório foi identificar desigualdades na organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família, comparando municípios do Estado do Paraná quanto à condição social, econômica e demográfica. Foram utilizados dados secundários obtidos na etapa de avaliação externa do Programa de Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), referentes aos padrões de certificação de acesso, qualidade e organização do processo de trabalho das equipes. Os municípios foram estratificados segundo o índice proposto pelo programa. Houve ampla participação dos municípios no PMAQ-AB, com predominância de equipes de saúde da família com saúde bucal. Os resultados demonstram desigualdades desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, o que revela a necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB, favorecendo o resgate de competências e habilidades necessárias para a boa gestão da clínica e do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Evidencia-se a necessidade da qualificação da gestão, com apoio federal e estadual, principalmente aos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. É importante que a regionalização seja efetiva, e que a rede de atenção à saúde bucal seja organizada de forma equânime, para incluir esses municípios.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT The objective of this exploratory study was to identify inequalities in the organization of the work process of Oral Health Teams in the Family Health Strategy, comparing municipalities of the Paraná State, Brazil, regarding social, economic and demographic conditions. We used secondary data obtained in the external evaluation stage of the National Program of Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB), referring to the certification standards for access, quality, and organization of the work process of the teams. The municipalities were stratified according to the index proposed by the program. We observed wide participation of the municipalities in the program, with predominance of family health teams with oral health. The results show

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1310-6771>
marciabaldani@gmail.com

²Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6746-3585>
anaribeiro0@hotmail.com

³Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7590-2349>
jessicarodriguesdasilva@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8940-1836>
rafaelditterich@yahoo.com.br



inequalities, unfavorable to the smaller and poorer municipalities, which reveals the need to understand the role of management as a supporter of the Oral Health Teams, favoring the rescue of skills and abilities necessary for the good governance of the clinic and of care in PHC. There is evidence of the need for management qualification, with federal and state support, mainly to smaller municipalities and with a low response capacity of health systems. It is important that regionalization be effective, and that the oral health care network be organized in an equitable way to include those municipalities.

KEYWORDS *Dental health. Primary Health Care. Process assessment (health care).*

Introdução

A desigualdade socioeconômica é característica marcante do contexto brasileiro, com consequências para a saúde da população, em especial, para a saúde bucal¹⁻³. A determinação social da saúde tem sido amplamente demonstrada por estudos conduzidos nos mais diferentes países, independentemente da natureza, abrangência e eficiência dos respectivos sistemas de saúde^{4,5}. Indivíduos nos piores estratos socioeconômicos apresentam menores chances de utilizar serviços de saúde e são mais propensos a possuírem necessidades de saúde não supridas⁶. Além disso, o gradiente social é ampliado quando esses indivíduos são cobertos por serviços de saúde que não estão adequadamente organizados para suprir tais necessidades⁷.

As discussões acerca da saúde das populações, principalmente daquelas em piores condições sociais ou vivendo em regiões menos desenvolvidas, têm levado à organização de sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) explicitados na conferência de Alma Ata em 1978⁸. No Brasil, as recomendações da conferência refletiram no Movimento pela Reforma Sanitária e culminaram representadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da promulgação da Constituição de 1988⁹.

A APS pode ser definida como o primeiro nível de atenção dentro de um sistema de saúde⁸. Na configuração das Redes de Atenção, a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde dos usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde-doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede¹⁰.

Estudos demonstram que um grau elevado desses atributos da APS está relacionado com maior efetividade e equidade na atenção à saúde¹¹ e indicam que sistemas de saúde com forte orientação na APS apresentam maiores possibilidades de ampliar a saúde da população, com distribuição mais equânime, além de acarretar maior economia no uso de recursos^{11,12}.

Desde o final dos anos 1990, um dos principais objetivos do Ministério da Saúde tem sido organizar a APS no âmbito do SUS, denominada atenção básica, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como seu eixo orientador.

Lançada como política indutora em 1996 com o nome de Programa Saúde da Família, a ESF compõe uma fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB), que é o recurso transferido diretamente da União para os municípios¹³. Assim como outros programas, a ESF segue uma estrutura de princípios, regras e incentivos positivos para o desenvolvimento de ações que fortaleçam a APS¹⁴. Em consonância, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a partir do início de 2001, e o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, em 2004, tiveram por objetivo incentivar a substituição do antigo modelo de prestação de serviços públicos odontológicos, estendendo as possibilidades de acesso à população a todos os níveis de complexidade^{15,16}. Para ampliar as oportunidades, desde 2004, o Ministério da Saúde adota uma política de incentivos diferenciados para a ESF e para as ESB em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e pequeno porte populacional¹³.

Desde a regulamentação da ESF e das ESB, houve ampliação quantitativa e geográfica da cobertura no País, e sua legitimação institucional no âmbito do SUS foi verificada a partir da crescente adesão dos gestores municipais à proposta, além do aumento do volume de recursos destinados a ela. Esse padrão inicial de adesão acelerada dos municípios de pequeno porte, que possuíam poucos recursos e baixa ou nenhuma capacidade instalada, é indício de capacidade redistributiva da estratégia^{13,17}.

A expansão da ESF, vinculada ao credenciamento de equipes independentemente de resultados, passou a requerer políticas indutoras da qualificação tanto da estrutura quanto da atenção ofertada. Com isso, a partir de 2012, foi instituído, entre outras ações da Política Nacional de Atenção Básica¹⁸, o componente de qualidade do PAB variável, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), vinculando o

repasso de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade a serem atingidos pelas equipes¹⁹.

A adesão ao PMAQ-AB é voluntária, e o município deve implantar e/ou qualificar os padrões de qualidade, bem como adequar-se às exigências de informação e monitoramento, e desenvolver ações de educação permanente e de apoio às equipes em todas as ações e fases do programa. Os recursos repassados devem ser utilizados para o custeio da atenção básica, naquilo que o município julgar necessário²⁰. Visando à equidade, a certificação das equipes participantes do PMAQ-AB ocorre dentro de estratos socioeconômicos e demográficos dos municípios, a partir de desvios-padrão acima e abaixo da média de cada dimensão de análise²¹.

No primeiro ciclo avaliativo (2011-2012), 71,3% dos municípios brasileiros participaram do PMAQ-AB, e a adesão chegou a 93,6% no segundo ciclo (2013-2014) e a 95,6% no terceiro ciclo (2015-2017). No segundo e terceiro ciclos, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são as unidades de atenção especializada que compõem o Brasil Sorridente, também foram avaliados em um programa semelhante denominado PMAQ-CEO²².

Vinte e dois anos após o início da implementação, inúmeras evidências apontam para um impacto positivo da ESF, orientada pelos atributos da APS, sobre indicadores de saúde da população e sobre a redução de desigualdades em saúde^{11,14,23}. Apesar da implantação dos CEO culminar na ampliação do acesso às ações especializadas²⁴, é possível observar uma situação semelhante com indicadores de saúde bucal após a implementação do Brasil Sorridente, porém ainda em menor escala¹⁶.

No caso da saúde bucal, o menor impacto pode ser atribuído à dificuldade em mudança de modelo de atenção, mesmo com a implementação das ESB e dos demais pontos de suporte previstos na PNSB²⁵⁻²⁸. Contudo, a integralidade almejada, entendida como a comunicação entre diferentes níveis de

atenção, requer a utilização adequada dos serviços de saúde bucal. Tal utilização pode ser influenciada pela acessibilidade aos serviços, entendida como a relação entre os obstáculos impostos pelos serviços e a capacidade dos usuários para superar tais dificuldades²⁹.

Além disso, tem sido observada ampla variação na provisão e acesso aos serviços odontológicos entre os municípios, o que suscita dúvidas quanto à adequação do processo de trabalho das equipes e da qualidade do cuidado oferecido aos usuários³⁰. Partindo da hipótese de que a condição social, demográfica e econômica dos municípios pode afetar diretamente a oferta e a provisão dos cuidados em saúde³¹, este estudo tem por objetivo identificar, entre os padrões de qualidade do segundo ciclo do PMAQ-AB, as desigualdades intermunicipais na organização do processo de trabalho das ESB na ESF.

Material e métodos

Foi delineado um estudo transversal exploratório, utilizando dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB (2013-2014) disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O universo da pesquisa foram as ESB da ESF que aderiram ao programa e que passaram pela etapa de avaliação externa no estado do Paraná. Com o objetivo de controlar as diferenças na oferta e provisão de serviços relacionadas com as políticas de saúde estaduais, optou-se por selecionar apenas os municípios de um único estado. Com isso, procurou-se garantir que todas as ESB selecionadas como amostra deste estudo estivessem sujeitas às mesmas diretrizes programáticas no âmbito do Estado e da União.

Localizado na região Sul, o Paraná é um dos estados de maior importância econômica do País. No entanto, apresenta intensas desigualdades socioeconômicas entre seus 399 municípios³². Semelhantemente ao que ocorre no nível nacional, a grande maioria

dos municípios do Paraná é de pequeno porte demográfico. Em 2014, 50,1% dos municípios apresentava população menor do que 10 mil habitantes, e apenas 5% deles possuía mais de 100 mil habitantes, sendo apenas um com mais de 500 mil, e a capital, Curitiba, com população próxima a 1,8 milhão de habitantes.

Em 2013, ano da adesão dos municípios, havia 1.883 equipes de atenção básica no Paraná (ESF e equipes parametrizadas), sendo que 1.712 (90,9%) destas, localizadas em 373 municípios, realizaram a contratualização para o PMAQ-AB. A rede de atenção odontológica contava, na época, com 1.247 com 1.247 ESB (da ESF ou parametrizadas), 50 CEO, 55 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, além de serviços de alta complexidade, sistemas de apoio diagnósticos e universidades. Entre as ESB, 1.218 (97,7%) haviam aderido ao programa em 86,5% dos 357 municípios que possuíam essas equipes.

Do total de ESB contratualizadas no Paraná, 1.017 efetivamente participaram da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ, e 201 (16,5%) assinaram termo de desistência. Já no que se refere à atenção especializada, o PMAQ-CEO avaliou os 50 CEO existentes no estado, sendo que estes concentravam-se em 38 municípios, na sua maioria nas grandes cidades do Paraná²⁶.

Para este estudo, a identificação da modalidade de atuação da equipe foi obtida a partir do Módulo V, relativo à estrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS), em questão que apresentava três opções de resposta: ESB modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal), ESB modalidade II (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal) e ESB parametrizada (soma carga horário de trabalho de cirurgiões-dentistas na UBS igual a 40 horas semanais)³³. Apenas as ESB modalidade I e II foram incluídas na amostra final.

Na avaliação externa, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das ESB a partir de um instrumento contendo padrões estabelecidos

de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que orientam a atenção à saúde bucal²⁵. Para configurar o processo de trabalho das equipes, foram selecionadas variáveis do Módulo VI do instrumento de coleta de dados, que constava de entrevista com profissional da ESB (cirurgião-dentista ou técnico/auxiliar em saúde bucal) e verificação de documentos na unidade de saúde. A avaliação externa foi realizada de forma multicêntrica, a cargo de instituições de ensino superior do estado, as quais coordenaram equipes de entrevistadores calibrados que deveriam entrevistar os profissionais utilizando formulários validados, registrar as respostas em *tablets* e analisar os documentos comprobatórios quando o instrumento assim o solicitava. Aos participantes, era apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido e lhes era assegurado o direito de recusa em participar.

A certificação das equipes foi realizada a partir de um conjunto de critérios avaliados; e a pontuação final foi distribuída entre: autoavaliação (10%), monitoramento de indicadores de desempenho (20%) e avaliação

externa (70%)²⁵. A matriz de pontuação da avaliação externa foi composta por cinco dimensões, com pontuações e pesos distintos: a) Dimensão I – gestão municipal para desenvolvimento da atenção básica; b) Dimensão II – estrutura e condições de funcionamento da UBS; c) Dimensão III – valorização do trabalhador; e) Dimensão IV – acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; f) Dimensão V – acesso, utilização, participação e satisfação do usuário²⁵.

Para o presente estudo, foram selecionados como variáveis de desfecho os padrões de certificação da Dimensão IV, que correspondem a 50% da pontuação final na avaliação externa. As perguntas que compõem essa dimensão, bem como as respostas que receberam a maior pontuação para o padrão, estão apresentadas no *quadro 1*. Além dessas, outras questões foram examinadas, para fins de análise da oferta de serviços especializados na rede: 1 – ‘Dentre as especialidades odontológicas listadas, qual(is) o município oferta na Rede de Atenção à Saúde?’; e 2 – ‘A atenção básica no município oferta algum tipo de prótese dentária?’.

Quadro 1. Questões selecionadas como variáveis do estudo, dimensão para certificação da avaliação externa, classificação e maior pontuação do padrão. Avaliação externa do PMAQ, 2º ciclo, Módulos V e VI – Equipes de Saúde Bucal, Paraná, 2014

Categoria	Pergunta	Classificação do padrão	Resposta que recebeu a maior pontuação para o padrão
<i>Dimensão de certificação IV: Acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho</i>			
População de referência	ESB atua em quantas ESF?	Estratégico	ESB atua em uma ESF
Planejamento das ações da ESB	ESB realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?	Estratégico	Sim, juntamente com a ESF
	ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal?	Estratégico	Sim
	A gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde?	Geral	Sim
	Foi realizado algum processo de auto avaliação pela ESB nos últimos 6 meses?	Essencial	Sim
	ESB participa de reuniões da ESF?	Geral	Sim
Organização da agenda da ESB	A agenda de atendimento clínico da equipe garante:	Geral	Consultas odontológicas de demanda espontânea e agendada
	A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento?	Geral	Sim

Quadro 1. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS	A ficha clínica odontológica fica armazenada no prontuário da família?	Essencial	Sim
	Os prontuários estão organizados por núcleos familiares?	Essencial	Sim
	Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha odontológica?	Essencial	Sim
	Existe prontuário eletrônico implantado?	Estratégico	Sim
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas?	Estratégico	Sim
	Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	Estratégico	O paciente sai com a consulta agendada/a consulta é marcada pela UBS e a data informada ao paciente
	A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção?	Estratégico	Sim
	Quais dos seguintes procedimentos a ESB realiza na UBS?*	Estratégico	Uma pontuação é computada a cada procedimento realizado
Atenção à Saúde Bucal**	A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas?	Geral	Sim
	A ESB realiza atendimento em crianças de até 5 anos de idade?	Geral	Sim
	A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca?	Geral	Sim
	A ESB utiliza algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar?	Estratégico	Sim
	A ESB promove ações em seu território para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária?	Essencial	Sim

* Drenagem de abcesso, sutura de ferimentos por trauma, remoção de dentes impactados, frenectomia, remoção de cistos, acesso à polpa dentária, aplicação tópica de flúor, exodontia de dente decíduo, exodontia de dente permanente, restauração de amálgama, restauração de resina composta, restauração em dente decíduo, pulpotomia, raspagem/alisamento/polimento supragengival, tratamento de alveolite, ulotomia/ulectomia, cimentação de próteses, outros (não pontua).

** Inclui as dimensões: saúde da mulher e da criança, câncer de boca, prótese dentária e visita domiciliar/cuidado no domicílio.

As condições socioeconômicas e demográficas dos municípios foram aferidas a partir de um índice elaborado pelo Ministério da Saúde para a certificação equânime das equipes que aderiram ao PMAQ-AB, compondo seis estratos de certificação³³. O índice tem pontuação variando de zero a dez e é composto por cinco indicadores: 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. Os estratos foram organizados segundo critérios de pontuação alcançada e população, e aplicados a todos os municípios brasileiros:

a) Estrato 1 (E1) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes;

b) Estrato 2 (E2) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes;

c) Estrato 3 (E3) – municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;

d) Estrato 4 (E4) – 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;

e) Estrato 5 (E5) – 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;

f) Estrato 6 (E6) – municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Os dados relativos aos estratos de certificação dos municípios do Paraná no segundo ciclo do PMAQ-AB compuseram a variável explicativa do estudo, e foram obtidos no sítio eletrônico do PMAQ-AB (http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php). Para fins de análise, a variável foi organizada em três categorias, agregando os estratos dois a dois. Os municípios com ESB que efetivamente participaram da avaliação externa pertenciam, em sua maioria, ao estratos E1 e E2 (57,0%), seguidos dos estratos E2 e E3 (35,6%). Nos estratos E5 e E6, foi alocado o menor número de municípios (9,3%).

As diferenças na distribuição das respostas das equipes entre os estratos socioeconômicos e demográficos dos municípios foram verificadas com os testes qui-quadrado e exato de Fisher, adotando um nível de significância de 5%. A medida de efeito adotada foi a Razão de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Os dados obtidos foram analisados no *software* Stata 11.1.

O processo de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB no estado do Paraná compôs um projeto de pesquisa coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição sob o número 02040212.1.0000.5240.

Resultados

Das 1.017 ESB que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no Paraná,

65,2% eram ESB modalidade I, 32,2% modalidade II e 2,6% parametrizadas. Foram excluídas as 26 equipes parametrizadas, além de duas equipes para as quais não havia informação sobre a modalidade no banco de dados oficial.

A amostra final foi composta por 989 ESB, distribuídas nos grupos de estratos de certificação dos municípios: 29,2% no grupo E1/E2, 32,0% no grupo E3/E4 e 38,7% no grupo E5/E6. Os profissionais que responderam ao Módulo VI eram, em maioria, cirurgiões-dentistas (94,5%), com formação complementar (72,6%), ingressaram no serviço por concurso público (90,0%), atuavam na ESB há três anos ou mais (69,2%), e referiram que participavam de educação permanente (90,4%).

A *tabela 1* mostra as características das ESB. A maioria foi classificada como modalidade I (66,8%) e informou atuar em uma única ESF (78,2%). Houve maior proporção de equipes modalidade II, que contam com técnicos em saúde bucal, nos municípios do grupo E5/E6, com melhores indicadores socioeconômicos e maior população. Em contrapartida, foram esses municípios os que mais apresentaram ESB atuando em duas ou mais ESF, com maior população adscrita.

Em relação ao planejamento das ações, mais da metade das equipes afirmaram que não realizam mensalmente e em conjunto com a ESF (55,5%). Porém, a maioria relatou que realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal (63,60%), procedeu à autoavaliação nos 6 meses anteriores à avaliação externa (61,17%) e participa das reuniões da ESF (89,18%). Em todos os padrões avaliados nessa categoria, observou-se que os melhores resultados foram relatados pelas ESB que atuam nos municípios do grupo E5/E6 – *tabela 1*.

Tabela 1. Composição das Equipes de Saúde Bucal (ESB), população de referência e características da organização do processo de trabalho. Análise bivariada segundo estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989)

Item avaliado	Total de ESB	%	Por estrato do município (%)			p
			E1/2	E3/4	E5/6	
Composição da ESB						
ESB Modalidade I	661	66,8	74,7	71,0	57,4	<0,001
ESB Modalidade II	328	33,2	25,3	29,0	42,6	
População de referência						
Proporção ESB/ESF						
ESB atua em uma ESF	773	78,2	86,2	86,1	65,5	<0,001
ESB atua em duas ESF ou mais	216	21,8	13,8	13,9	34,5	
Planejamento das ações da ESB						
Realiza planejamento e programação mensal de ações, em conjunto com a ESF:						
Sim	440	44,5	29,8	44,2	55,9	<0,001
Não	549	55,5	70,2	55,8	44,1	
Realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal						
Sim	629	63,6	57,4	61,5	70,0	0,002
Não	360	36,4	42,6	38,5	30,0	
Gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde						
Sim	727	73,5	68,9	69,1	80,7	<0,001
Não	262	26,5	31,1	30,9	19,3	
Foi realizado processo de autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses						
Sim	605	61,2	48,8	59,9	71,5	<0,001
Não	384	38,8	51,2	40,1	28,5	
ESB participa de reuniões da ESF						
Sim	882	89,2	83,4	85,5	96,6	<0,001
Não	107	10,8	16,4	14,5	3,4	
Organização da agenda da ESB						
Agenda de atendimento clínico da equipe garante:						
Consultas de demanda espontânea e agendadas	904	91,4	91,0	89,9	92,9	0,345
Apenas consultas agendadas OU apenas demanda espontânea	85	8,6	9,0	10,1	7,1	
ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento						
Sim	913	92,3	90,7	91,5	94,3	0,177
Não	76	7,7	9,3	8,5	5,7	

Tabela 1. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS						
Ficha clínica odontológica armazenada no prontuário da família						
Sim	244	24,7	18,0	12,0	40,2	<0,001
Não	745	75,3	82,0	88,0	59,8	
Prontuários organizados por núcleos familiares						
Sim	202	20,4	9,0	11,0	36,8	<0,001
Não	787	79,6	91,0	89,0	63,2	
Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha clínica odontológica						
Sim	962	97,3	95,5	98,1	97,9	0,089
Não	27	2,7	4,5	1,9	2,1	
Existe prontuário eletrônico implantado						
Sim	379	38,3	22,5	24,9	61,4	<0,001
Não	610	61,7	77,5	75,1	38,6	

Na *tabela 1*, observa-se que a grande maioria das ESB organiza a agenda para atender demanda espontânea e programada (91,4%), oferece ao usuário oportunidade de agendamento para a continuidade do tratamento odontológico (92,3%) e possui um modelo-padrão de ficha clínica odontológica (97,3%), sem diferenças entre os estratos de municípios. Contudo, observa-se que apenas pequena proporção de ESB organiza os prontuários por núcleos familiares (20,4%) ou armazena a ficha clínica odontológica no prontuário da família (24,7%), com maiores proporções entre as ESB de municípios com melhores condições socioeconômicas e maior população.

As características da coordenação do cuidado na rede de atenção estão apresentadas na *tabela 2*. Nota-se que 88,2% das ESB informaram haver oferta de consultas especializadas e que mantêm registros dos usuários encaminhados (86,1%). Para a maioria das equipes, o agendamento da consulta com o especialista é gerenciado na própria Unidade de Saúde (69,1%), com maiores proporções nos

estratos E5/E6. Entretanto, em todos os estratos observou-se que algumas ESB não possuem serviço de referência definido ao realizarem o encaminhamento (3,3%).

No tocante à Atenção à Saúde Bucal (*tabela 2*), verifica-se que a maioria das ESB realiza ações relacionadas com a rede materno-infantil, como acompanhamento de gestantes (92,21%) e atendimento de crianças de até 5 anos de idade (96,26%). Entretanto, ações voltadas a outros grupos etários, como adultos e idosos, aparecem em menor proporção: 53,4% das ESB não possuem registro de casos suspeitos/confirmados de câncer de boca e 44,9% não realizam ações para identificar usuários que necessitem de próteses dentárias. Além disso, apenas a metade das ESB informou possuir protocolo definido para orientar visitas domiciliares (55,1%). Novamente, observa-se a tendência de que maiores proporções de respostas positivas aos padrões de certificação sejam encontradas entre as equipes dos municípios com melhores condições socioeconômicas e maior porte demográfico.

Tabela 2. Características das Equipes de Saúde Bucal (ESB) quanto à coordenação do cuidado e atenção à saúde bucal. Análise bivariada segundo estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989).

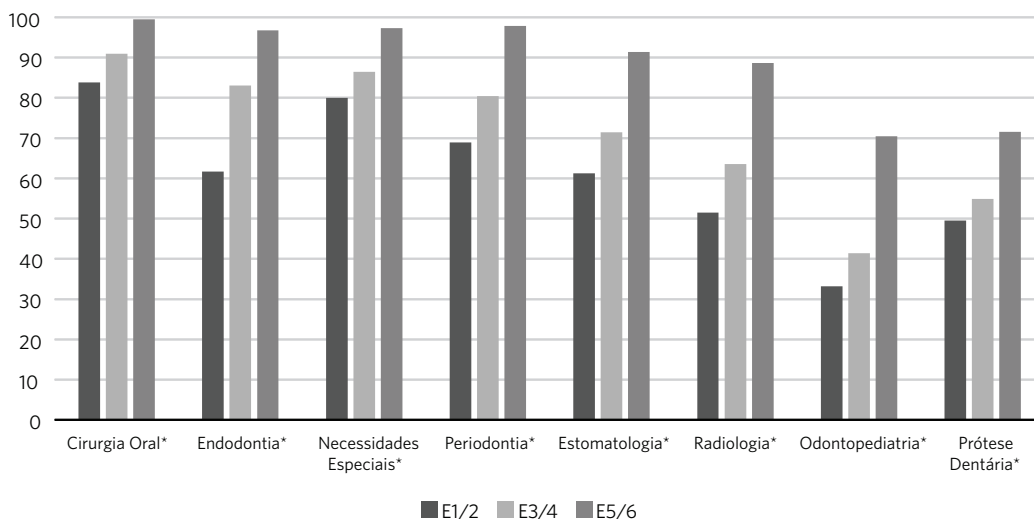
Item avaliado	Total de ESB	%	Por estrato do município (%)			p
			E1/2	E3/4	E5/6	
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade						
A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas						
Sim	872	88,17	81,31	83,91	96,87	<0,001
Não	117	11,83	18,69	16,09	3,13	
Forma de encaminhamento de usuários para consultas especializadas ^a :						
Sai com a consulta agendada OU a consulta é marcada pela UBS e informada ao paciente ^a	603	69,15	71,49	60,90	73,58	0,002
A consulta é marcada pelo paciente: na central de marcação da SMS OU recebe ficha de encaminhamento e deve agendar junto ao serviço especializado ^a	403	46,22	46,38	61,65	35,04	<0,001
O paciente recebe ficha de encaminhamento, mas não há serviço ou profissional determinado OU não há percurso definido ^a	29	3,33	4,68	1,88	3,50	0,211
A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção						
Sim	751	86,12	77,02	85,71	92,18	<0,001
Não	121	13,88	22,98	14,29	7,82	
De um total de 17 procedimentos listados, quantos são realizados pela ESB na UBS						
> 75% a 100% dos procedimentos	497	50,25	39,79	47,63	59,01	<0,001
Até 75% dos procedimentos listados	492	49,75	60,21	52,37	40,99	
Atenção à Saúde Bucal						
A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas						
Sim	912	92,21	86,85	91,17	97,13	<0,001
Não	77	7,79	13,15	8,83	2,87	
A ESB realiza atendimento em crianças de até cinco anos de idade						
Sim	952	96,26	95,50	93,38	99,22	<0,00 ^b
Não	37	3,74	4,50	6,62	0,78	
A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca						
Sim	461	46,61	31,14	39,75	63,97	<0,001
Não	528	53,39	68,86	60,25	36,03	
A ESB utiliza protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar ^c						
Sim	410	54,81	45,99	54,02	60,24	0,007
Não	338	45,19	54,01	45,98	39,76	
A ESB promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária						
Sim	545	55,11	46,37	57,73	59,53	0,002
Não	444	44,89	53,63	42,27	40,47	

^a Total: 872 equipes (respostas múltiplas); ^b Teste de Fisher - casela com N < 5; ^c Total: 748 equipes que realizam visita domiciliar.

Entre os serviços ofertados pela ESB na Unidade de Saúde, apenas 50,2% informaram que realizam a maioria dos procedimentos listados no instrumento de avaliação. Os procedimentos mais realizados (com 98% de frequência ou mais) são: aplicação tópica de flúor, restaurações de dentes decíduos e exodontias de dentes decíduos e permanentes. Analisando a distribuição desses procedimentos entre os estratos de municípios, não se observam diferenças estatisticamente significantes (resultados não apresentados nas tabelas). Maiores proporções de equipes que realizam restaurações em dentes permanentes, drenagem de abscessos e acesso à câmara pulpar, tratamento de alveolite e pulpotomias foram localizadas nos municípios do grupo E5/E6 (resultados não apresentados nas tabelas).

Informações complementares quanto aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção do município estão apresentadas no gráfico 1. Nota-se que todas as especialidades foram indicadas pelas ESB, com menor prevalência para a Odontopediatria e Prótese Dentária. As especialidades referidas por mais de 80% das ESB nos grupos E3/E4 e E5/E6 foram Cirurgia Oral, Endodontia, Necessidades Especiais e Periodontia. Para o grupo E1/E2, foram Cirurgia Oral e Necessidades Especiais. Observa-se o gradiente socioeconômico entre os estratos de municípios, sendo que as maiores diferenças, quando se comparam os grupos E1/E2 com E5/E6, manifestam-se para a referência em Endodontia, Radiologia e Odontopediatria.

Gráfico 1. Distribuição das especialidades ofertadas na rede de atenção, segundo o estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ - AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989)



*Teste qui-quadrado (p < 0,001).

Na *tabela 3*, são apresentadas as razões de prevalência brutas, com intervalos de confiança de 95%, para a composição das equipes e padrões da dimensão de avaliação do processo de trabalho entre os três grupos de estratos dos municípios. O que se observa é que as associações identificadas nas tabelas 2 e 3 ocorrem principalmente quando se comparam as proporções do grupo E1/E2 em relação ao grupo E5/E6 para a maioria das variáveis, com as maiores diferenças evidenciadas em relação à orientação familiar na organização dos prontuários, adoção de prontuário eletrônico e manutenção de registros de pacientes suspeitos ou confirmados com câncer de boca, em favor dos estratos mais favorecidos. No entanto, as ESB desses estratos tendem a apresentar maior

população adscrita do que as equipes do estrato mais baixo (E1/E2).

Comparando com as equipes do grupo de pior condição socioeconômica e menor porte populacional (E1/E2), verifica-se que maiores proporções de ESB dos municípios do grupo intermediário (E3/E4) relataram planejamento e programação mensal em conjunto com a ESF e autoavaliação nos 6 meses anteriores à avaliação externa, mantêm registro dos encaminhamentos e desenvolvem ações relacionadas com o câncer bucal e próteses dentárias. Todavia, menores proporções de equipes nesse grupo realizam o agendamento do usuário para os serviços especializados a partir da própria Unidade de Saúde em comparação ao grupo E1/E2 – *tabela 3*.

Tabela 3. Razões de Prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC95%) da composição das ESB e características da organização do processo de trabalho, segundo o estrato sociodemográfico de certificação dos municípios. Avaliação externa do PMAQ-AB, 2º ciclo, Paraná, 2014 (n = 989).

Item avaliado ^b	E1/2 ^a	Estratos dos municípios			
		RP	E3/4 (IC95%)	RP	E5/6 (IC95%)
Composição da ESB					
ESB Modalidade II	1,00	1,03	(0,97;1,08)	1,14	(1,08;1,20)
População de referência					
ESB atua em uma ESF	1,00	0,99	(0,93;1,07)	0,76	(0,70;0,83)
Planejamento das ações da ESB					
ESB realiza planejamento e programação mensal de ações, em conjunto com a ESF	1,00	1,48	(1,19;1,84)	1,88	(1,54;2,29)
ESB realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde bucal	1,00	1,07	(0,94;1,22)	1,22	(1,08;1,37)
A gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde	1,00	1,01	(0,90;1,12)	1,17	(1,07;1,28)
Foi realizado processo de autoavaliação pela ESB nos últimos 6 meses	1,00	1,23	(1,06;1,42)	1,47	(1,28;1,68)
A ESB participa de reuniões da ESF	1,00	1,02	(0,96;1,10)	1,16	(1,10;1,22)
Organização da agenda da ESB					
A agenda da equipe garante consultas de demanda espontânea e agendadas	1,00	1,12	(0,68;1,84)	0,78	(0,47;1,31)
A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento	1,00	1,01	(0,96;1,06)	1,04	(0,99;1,09)

Tabela 3. (cont.)

Organização dos prontuários na UBS					
A ficha clínica odontológica é armazenada no prontuário da família	1,00	0,67	(0,45;0,98)	2,23	(1,70;2,94)
Os prontuários são organizados por núcleos familiares	1,00	1,23	(0,76;1,99)	4,09	(2,77;6,04)
Existe modelo-padrão para preenchimento da ficha odontológica	1,00	1,03	(0,99;1,06)	1,02	(0,99;1,05)
Existe prontuário eletrônico implantado	1,00	1,11	(0,83;1,48)	2,73	(2,17;3,43)
Coordenação do cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade					
A ESB tem disponível, na rede de saúde, oferta de consultas especializadas	1,00	1,03	(0,96;1,11)	1,19	(1,12;1,26)
O usuário sai com a consulta agendada OU a consulta é marcada pela UBS e informada a ele	1,00	0,85	(0,75;0,96)	1,03	(0,93;1,14)
A ESB mantém registrados os usuários encaminhados para outros pontos de atenção	1,00	1,11	(1,02;1,21)	1,20	(1,11;1,29)
De um total de 17 procedimentos listados, a ESB realiza entre 75% a 100% deles	1,00	1,06	(0,99;1,11)	1,14	(1,08;1,19)
Atenção à Saúde Bucal					
A ESB realiza acompanhamento das gestantes por meio de consultas	1,00	1,05	(0,99;1,11)	1,12	(1,06;1,17)
A ESB realiza atendimento em crianças de até cinco anos de idade	1,00	0,98	(0,94;1,02)	1,04	(1,01;1,07)
A ESB possui registro dos casos suspeitos/ confirmados de câncer de boca	1,00	1,27	(1,02;1,59)	2,05	(1,70;2,48)
A ESB utiliza protocolo com definição de situações prioritárias para visita domiciliar	1,00	1,17	(0,96;1,43)	1,31	(1,10;1,56)
A ESB promove ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária	1,00	1,25	(1,06;1,45)	1,28	(1,11;1,49)

*ESB - Equipes de Saúde Bucal; a Categoria de referência da variável dependente; b Categorias de referência das variáveis explicativas (0 = não; 1 = sim).

Discussão

Nas últimas décadas, pesquisadores e formuladores de políticas públicas voltaram suas prioridades ao estudo e organização de sistemas de saúde que tenham por objetivo a redução de iniquidades. Com isso, o interesse se voltou a dois temas emergentes: a APS e os determinantes sociais da saúde¹². Sistemas de saúde orientados pela APS impactam positivamente a saúde e a equidade em saúde; e quanto mais forte a presença de seus atributos, melhores os resultados alcançados¹¹. No entanto, modelos teóricos formulam que, além das características próprias como estrutura e práticas, o desempenho dos sistemas de saúde está sujeito a determinantes contextuais³⁴.

Este estudo demonstrou que, no Paraná, ESB que participaram do PMAQ-AB apresentaram desempenhos diferentes quanto à organização do processo de trabalho. Mesmo submetidas às mesmas diretrizes federais e políticas de saúde estaduais, a condição social, demográfica e econômica dos municípios associou-se com o desempenho das ESB, principalmente ao comparar os municípios dos estratos mais altos e mais baixos do índice utilizado. Miclos et al.³⁵ analisaram dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB e indicadores obtidos no Sistema de Informação do SUS. Verificaram alto percentual de ineficiência dos municípios de pequeno porte em relação aos demais portes populacionais. Investigando informações sobre oferta de

procedimentos preventivos em saúde bucal no mesmo banco de dados, Neves et al.³⁶ encontraram resultados semelhantes, desfavoráveis aos municípios de pequeno porte populacional e baixo IDH.

No âmbito do SUS, o município é o responsável pela oferta de serviços de saúde na APS, o que resulta em uma ampla diversidade de modelos de atenção de acordo com seu contexto e prioridades, impactando diretamente nos resultados para a população³⁵. O repasse da gestão da política de saúde para os municípios tem esbarrado em dificuldades como a precariedade das estruturas administrativas e a capacidade de arrecadação fiscal¹³. Com relação aos de menor porte, deve-se considerar algumas características como rotatividade de profissionais nas equipes, cobertura de extensas áreas rurais e particularidades nas condições de trabalho³⁵. No que concerne à saúde bucal, a implantação de ESB também encontra dificuldades em romper com elementos do modelo tradicional¹³.

A avaliação de desempenho é um parâmetro importante para a elaboração de políticas que visem garantir acesso e qualidade à população, e deve ocorrer em todos os níveis de organização, inclusive o local³⁵. A autoavaliação das equipes constitui um dos pactos da etapa de desenvolvimento do PMAQ-AB. Apesar disso, pouco mais da metade a realizou. Em comparação com os municípios dos estratos mais favorecidos, o relato de autoavaliação pelas ESB dos municípios nos estratos E1 e E2 foi 47% menor.

Para Cecílio³⁷, a gestão do cuidado se define como a provisão das tecnologias de saúde aos indivíduos de acordo com suas necessidades, organizando-se em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. O PMAQ-AB busca avaliar a gestão do cuidado na sua dimensão organizacional, que se realiza nos serviços de saúde e tem foco no processo de trabalho. No caso da APS, este se traduz em trabalho em equipe, atividades de coordenação e comunicação na rede de

atenção, definição de fluxos e regras de atendimento e dispositivos compartilhados de trabalho como agendas e protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento e avaliação³⁷.

Um serviço de saúde pode ser considerado provedor de APS quando apresenta quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação da atenção), aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também outros atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural)⁸.

Este estudo identificou elevadas proporções de respostas positivas à maioria dos padrões de desempenho da Dimensão IV, favoráveis aos atributos da APS. Os resultados positivos quanto à organização da agenda refletem os atributos de acesso ao primeiro contato e à continuidade. No entanto, observa-se dificuldade em romper com os padrões tradicionais que podem comprometer a integralidade, o que se verifica nas baixas proporções de equipes que planejam em conjunto com os demais profissionais da ESF, que monitoram indicadores, e que dirigem ações a adultos e idosos como as relacionadas com o registro do câncer bucal e identificação de necessidade de prótese.

Ainda quanto à integralidade, as dificuldades também se verificam nos registros de procedimentos realizados: a grande maioria das ESB realiza procedimentos preventivos e exodontias, sem diferença entre os estratos socioeconômicos, sendo que procedimentos de maior resolutividade, como restaurações de dentes permanentes, por exemplo, foram mais frequentes nos municípios dos estratos E5/E6. Além disso, observou-se dificuldade da organização do trabalho para a orientação familiar: as menores respostas positivas foram verificadas para a adoção de prontuários organizados por núcleos familiares e armazenados no prontuário das famílias, e a existência de protocolos para orientar visitas domiciliares.

Com relação à coordenação do cuidado, os resultados encontrados no presente estudo

revelaram alguns fatores relacionados com o agendamento, referência e contrarreferência, interface entre a atenção básica e os serviços especializados e a organização da rede de atenção. Integrar a atenção básica aos demais níveis de atenção constitui um desafio do sistema de saúde brasileiro para a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³⁸.

A organização da demanda é uma das principais dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde bucal²⁸. Nesse quesito, o papel do nível estadual é primordial, uma vez que a organização da rede de atenção pressupõe a regionalização. No caso do Paraná, os resultados indicaram alta prevalência de ESB que informaram possuir oferta de consultas especializadas na rede, a maioria indicando os CEO (70,0%), o que coincide com o relatado para a região Sul²⁸. Esses achados são corroborados no relatório do PMAQ-CEO, que indicou que a demanda por referência, por parte dos municípios, acontece em 85,7% dos CEO no estado do Paraná². Porém, apesar dos esforços da Secretaria de Estado da Saúde para que se organize a rede de saúde bucal, ainda existem municípios que não possuem serviços especializados de referência, com predominância para os situados nos estratos mais carentes e com menor porte populacional.

Nas RAS, os CEO assumem a posição de referência especializada de saúde bucal para a atenção básica. São as equipes que deverão, por meio de critérios predefinidos, constituir o fluxo de acesso dos usuários que, após a conclusão do tratamento especializado, deverão encaminhá-los de volta²⁴. Além de procedimentos clínicos, é nesta interface entre a APS e os outros níveis de atenção que se realizam os atributos de coordenação, continuidade e integralidade em saúde bucal.

A organização do processo de trabalho produz uma divisão de tarefas, assim, a gestão deve atuar para que a equipe seja capaz de compreender as particularidades do modelo de atenção à saúde. A PNSB propõe que, em cada local, a forma como

se organizam as ações e serviços de saúde bucal procurem, ante os determinantes sociais da saúde, contribuir da melhor forma possível para os problemas e demandas da sociedade. Analisando os resultados deste estudo, o que se observa é que existem desigualdades na organização do processo de trabalho nos municípios, sendo que aqueles nos estratos baixos e intermediários estão em situação de desvantagem em relação aos de grande porte e melhor condição socioeconômica. A forma como os serviços de saúde está distribuída espacialmente em uma região, não somente na APS, mas também nos demais pontos de atenção, é uma das condições fundamentais para a busca da equidade. As barreiras na acessibilidade afetam de maneira diferente grupos sociais distintos, com prejuízo para aqueles de maior vulnerabilidade social³⁹. Isso fica evidente quando se constata que o acesso às especialidades ocorre de forma desigual no estado do Paraná.

Conclusões

Os resultados deste estudo indicaram ampla participação dos municípios no segundo ciclo do PMAQ-AB no Paraná, com predominância de ESF com ESB. Foi observada predominância de equipes em modalidade I, com maiores proporções em municípios com piores condições socioeconômicas e menor porte populacional.

No que refere ao processo de trabalho, os resultados evidenciam desigualdades intermunicipais, desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, o que explicita a necessidade de compreender o papel da gestão como apoiadora das ESB, favorecendo o resgate de competências e habilidades necessárias para a boa gestão da clínica e do cuidado na APS. Nesse sentido, cabem reflexões a respeito da importância da qualificação da gestão, com apoio do Ministério da

Saúde e das Secretarias Estaduais da Saúde principalmente aos municípios menores e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde. Além disso, é importante que a regionalização seja efetiva, e que se organize a rede de atenção à saúde bucal de forma equânime, de forma a incluir esses municípios.

Ao realizar esforço em utilizar dados oficiais, este estudo demonstra que o PMAQ-AB pode constituir excelente ferramenta de gestão do processo de trabalho, pois permite discutir e reafirmar a importância da saúde bucal na APS para a redução de iniquidades.

Colaboradores

Baldani MH contribuiu para a elaboração do desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados; redação do texto; aprovação final da versão a ser submetida. Ribeiro AE contribuiu para a elaboração do desenho do trabalho, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; aprovação final da versão a ser submetida. Gonçalves JRSN contribuiu para a análise e a interpretação dos dados, e revisão crítica do conteúdo. Ditterich RG contribuiu para a redação do artigo. ■

Referências

1. Boing AF, Bastos JL, Peres KG, et al. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev. Bras Epidemiol.* 2014; 17(supl 2):102-15.
2. Andrade LOM, Pellegrini Filho A, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015; 385(9975):1343-51.
3. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF, et al. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciênc Saude Colet.* 2015; 20(8):2539-48.
4. Bamba C, Gibson M, Sowden A, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health.* 2010; 64(4):284 LP-291.
5. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2015; 94(1):10-8.
6. Allin S, Stabile M. Socioeconomic status and child health: what is the role of health care, health conditions, injuries and maternal health? *Health Econ Policy Law.* 2012; 7(2):227-42.
7. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
8. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: UNESCO; MS; 2002.

9. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. *Bol do Inst Saúde*. 2010; 12:109-14.
10. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Soc*. 2011; 20(4):867-74.
11. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(supl1):20-6.
12. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, et al. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65(8):656-60.
13. Baldani MH. Estratégia Saúde da Família e práticas de saúde bucal em experiências selecionadas - análise crítica: a experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: Moisés S, Moisés S, Kriger L, organizadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Arte Médicas; 2008. p. 154-69.
14. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: MS; 2004.
16. Pucca GA, Gabriel M, Araujo ME, et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
17. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JL. Equity and provision of public dental services in the State of Parana, Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):446-54.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: MS; 2011.
19. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS [internet]*. [acesso em 2018 out 5] 2012; 6(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>.
20. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014; 38(esp):358-72.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Saúde Bucal Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília, DF: MS; 2015.
22. Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. Relatório do 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (AVE-PMAQ/CEO): resultados principais. Recife: Editora UFPE; 2016.
23. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g 4014.
24. Luvison IR, Jahnke MM, Reis ML, et al. Interface atenção básica e centros de especialidades odontológicas. que pontes existem? In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE; 2016. p. 154-179.
25. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):2727-39.
26. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Pública*. 2011; 27(supl 2):s272-83.

27. Pereira CRS; Roncalli AG; Cangussu MCT, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Pública*. 2012; 28(3):449-462.
28. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
29. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(6):1005-13.
30. Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RACP, et al. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 181-194.
31. Machado JA, Guim ALS. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Rev Serv Público*. 2017; 68(1):37-64.
32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Comunicados do IPEA: Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil*. Brasília, DF: IPEA; 2010.
33. 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: MS, 2013.
34. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*. 2001; 91(8):1235-1239.
35. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da Atenção Básica. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(86):1-10.
36. Neves M, Giordani JMA, Ferla AA, et al. Primary Care Dentistry in Brazil: from prevention to comprehensive care. *J Ambulatory Care Manage*. 2017; 40(2):535-548.
37. Cecílio, LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface comun. saúde educ*. 2011; 15(37):589-599.
38. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
39. Herkratz FJ, Vieira JMR, Vettore MV, et al. Atenção secundária em saúde bucal no Brasil: distribuição da oferta e sua influência na acessibilidade e equidade. In: Figueiredo N, Goes PSA, Martelli PJJ, organizadores. *Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) no Brasil*. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 37-48.

Recebido em 30/05/2018
Aprovado em 03/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios

Interprofessional work in Integrative and Complementary Practices in the context of Primary Health Care: potentials and challenges

Nelson Filice de Barros¹, Cristiane Spadacio², Marcelo Viana da Costa³

DOI: 10.1590/0103-11042018S111

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis) - Campinas (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2389-0056>
nelfel@uol.com.br

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis) - Campinas (SP), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4582-3540>
cris.spadacio@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Educação, Saúde e Sociedade (Gipess) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3673-2727>
vianacostam@yahoo.com.br

RESUMO No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como estratégia para avançar na perspectiva do cuidado integral, bem como para ampliar a resolutividade nos demais níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo objetivou analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no contexto da APS. Estudo de abordagem qualitativa, efetuado no período de setembro de 2014 a junho de 2015. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por telefone com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde para mapear a oferta das PIC. Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo temática, revelando oportunidades e entraves para o trabalho interprofissional no contexto da APS. Observou-se que, em muitas experiências, o trabalho em equipe não se fundamenta na colaboração. Por outro lado, as PIC promovem maior satisfação no trabalho em razão das mudanças que promove na organização do trabalho, por meio da maior interação entre práticas e saberes dos profissionais e entre estes e os usuários.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Equipe de assistência ao paciente. Terapias complementares. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *In the field of health in Brazil, teamwork in the context of Primary Health Care (PHC) is a strategy to advance the perspective of comprehensive healthcare. It is also a way to increase the effectiveness of care in the other levels of attention in the Unified Health System (SUS). The objective of this article is to analyze the potentials and the challenges of interprofessional work with Integrative and Complementary Practices (PIC) in the context of PHC. A qualitative study was carried out from September 2014 to June 2015. Semi-structured telephone interviews were conducted with the coordinators of the services Basic Health Units to map out the PIC offer. The results were submitted to thematic content analysis and revealed opportunities and obstacles for interprofessional work in the context of PHC. It was observed that, in many experiences, teamwork is not based on collaboration. On the other hand, PIC promote greater job satisfaction due to the changes that it promotes in the organization of work, through the greater interaction between practices and knowledges of professionals and between professionals and users.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Patient care team. Complementary therapies. Unified Health System.*



Introdução

No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe configura-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, na Atenção Primária à Saúde (APS). É considerado como um dos pilares do trabalho em saúde e toma as necessidades de saúde como objeto multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais.

Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca (res)situar o usuário, a família e a comunidade no centro do processo de cuidado, o que exige uma intrínseca interação entre as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de saúde. Existe certa confusão conceitual entre trabalho multiprofissional, trabalho em equipe, trabalho interprofissional e prática colaborativa. O nível de interação, o compartilhamento de objetivos em comum, a identidade de equipe e a centralidade no usuário e suas necessidades são aspectos centrais para a diferenciação desses termos^{1,2}.

A perspectiva interprofissional é bastante distinta da multiprofissional. Enquanto esta relaciona-se com o trabalho em equipes constituídas por diferentes profissionais, sem a necessária interação entre os membros e, por vezes, apenas dividindo o mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação; aquela compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe³ e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde⁴.

Destarte, é preciso transitar do trabalho em paralelo (multiprofissional) para o articulado e integrado (interprofissional), orientado pelas necessidades de saúde⁵. Esse trânsito se justifica pela necessidade de superar o contexto marcado pelo trabalho fortemente parcelado e centrado no profissional. Em outras palavras, é necessário passar da equipe como agrupamento de agentes, para a equipe como integração de

trabalhos⁶. Na primeira noção, a tônica do trabalho é a fragmentação e a justaposição de ações; na segunda, evidencia-se a integralidade das ações de saúde. O fortalecimento dessa passagem deve fazer parte das preocupações cotidianas do trabalho, para que os profissionais articulem as decisões e configurem

[...] na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais [...] [o] trabalho em equipe multiprofissional [como] uma modalidade de trabalho coletivo⁶⁽¹⁰⁸⁾.

A integração de trabalhos pela equipe, em oposição ao agrupamento de agentes, é especialmente importante para refletir sobre o trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na APS. A discussão sobre inclusão de PIC no sistema nacional de saúde brasileiro teve início na década de 1980, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e após a criação do SUS, em 1988. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, contexto no qual foram desenvolvidas algumas experiências pioneiras e que deram origem às reivindicações para regulamentação das PIC em nível nacional⁷.

As iniciativas existentes ocorriam sem ter diretrizes a serem seguidas, colaborando para o desenvolvimento

de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação⁸⁽⁴⁾.

A partir de 2006, a oferta da homeopatia, da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da medicina antroposófica, da fitoterapia/plantas medicinais e do termalismo/crenoterapia é regulamentada e definida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

Ao longo desses 12 anos de existência da PNPIC, tem sido investigado o processo de implantação das diferentes práticas e do seu potencial de cuidado no cotidiano dos serviços de APS⁹⁻¹². Contudo, nenhuma investigação analisou a integração de trabalhos em oposição ao agrupamento de agentes na APS tendo como eixo as PIC. Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as PIC no contexto da APS.

Material e métodos

Este artigo analisa resultados do primeiro de três estudos que integram o projeto 'As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de APS na Região Metropolitana de Campinas/SP', desenvolvido pelo Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis/Unicamp), o qual tem como parte de sua missão apoiar ações governamentais de implementação das PIC no SUS.

No período de setembro de 2014 a junho de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pelo Colegiado de Gestão Regional da Região Metropolitana de Campinas, desenvolveu-se um censo em todos os serviços de APS dos 20 municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC), para identificar quais eram as PIC ofertadas e quais as avaliações dos coordenadores das unidades sobre o uso dessas práticas no serviço.

Inicialmente, realizou-se levantamento do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Observatório de Indicadores da RMC. Após checagem do número de unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), identificou-se um total de 285 UBS a serem investigadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por telefone com os coordenadores das UBS e identificadas 117 que ofertavam alguma PIC naquele momento, as quais estavam concentradas em 8 dos 20 municípios da RMC.

O roteiro de entrevista continha, entre outras, as seguintes perguntas: 'Quais os aspectos negativos do desenvolvimento das PIC na APS para a equipe? Por quê?' 'Quais os aspectos positivos do desenvolvimento das PIC na APS para a equipe? Por quê?' As respostas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática de conteúdo, a partir do referencial da sociologia da saúde e saúde coletiva, em busca de constituir uma sociologia das PIC.

A estrutura de análise qualitativa dos dados obedeceu a duas etapas principais. A primeira delas foi a 'pré-análise', em que se realizou a leitura de todas as entrevistas para a compreensão global do contexto. Após essa primeira leitura, foram identificados os núcleos de sentidos, sempre elencando extratos de falas que representavam, de fato, os argumentos mais significativos para essa fase. Esse é um processo conhecido como *'load your mind'*, na busca por padrões, relações e repetições no *corpus* global das entrevistas – aqui as categorias analíticas iniciais já começam a se delinear. Na segunda etapa, as categorias analíticas foram estabelecidas, e recategorizações aconteceram, sempre buscando um nível interpretativo dos discursos dos entrevistados.

As categorias analíticas emergidas dos núcleos de sentidos positivos e negativos foram as seguintes: i) integração de diferentes profissões que compõem a equipe; ii) estratégia de aproximação de profissionais e das equipes com usuários; iii) dispositivo de prevenção e promoção da saúde para a equipe; iv) conflito com outras atividades da equipe; v) sobrecarga de trabalho dos profissionais que conduzem as PIC; vi) atividade não prioritária na rotina de atendimento. Na apresentação dos resultados, conforme recomenda Minayo, "as categorias empíricas passaram por um novo processo de teorização a partir do referencial adotado"¹³⁽⁶²⁵⁾

Resultados e discussão

As PIC são um bom analisador do processo de trabalho em saúde na APS, ou seja,

são ‘boas para pensar’ as relações de trabalho entre profissionais no contexto do SUS. Cabe, contudo, antes de aprofundar essa reflexão, apresentar o perfil dos entrevistados, que exibiram as seguintes características: predominantemente coordenadores dos serviços (N=102/87,0%), dos quais 89,7% (N=105) eram do sexo feminino, com idade média de 41,45 anos; 76,1% (N=89) se referenciou de etnicidade branca; os maiores níveis de escolaridades referidos foram pós-graduação *latu sensu* (especialização) e superior completo, com 47,9% e 40,2% respectivamente; a religião católica predominou com 55% dos relatos; a profissão mais frequente foi de enfermeiros (70,4%), seguida por odontólogos (9,6%) e médicos (8,7%); o tipo de vínculo da maior parte dos entrevistados é direto com o município, para atuar no SUS local (98,3%); e o tempo médio de vínculo com a prefeitura, de 132,15 meses, enquanto com a UBS foi de 55,58 meses.

Os profissionais entrevistados, coordenadores de serviços que ofertam alguma PIC em 8 dos 20 municípios da RMC, atribuíram sentidos positivos à oferta de PIC para a equipe fazendo emergir as seguintes categorias analíticas:

i) ‘integração de diferentes profissões que compõem a equipe’: as PIC constituem-se como estratégias de integração entre as diferentes profissões que compõem as equipes de APS, uma vez que a presença dessas práticas nos serviços é capaz de gerar, segundo um dos entrevistados:

[...] um espírito de equipe, eu acho que a equipe melhora a atenção, com mais solidariedade... melhora a questão da amizade entre a equipe, até para o desenvolvimento do trabalho. (entrevistado 74).

ii) ‘estratégia de aproximação de profissionais e das equipes com usuários’, delineando-se como atividades prazerosas que aproximam os profissionais das equipes com usuários e cuidadores da APS, tal como expresso no seguinte discurso:

Eu acho que quando a gente consegue proporcionar num centro de saúde atividades prazerosas tanto pro profissional, mas que também possa melhorar o vínculo com a comunidade, eu acho que sempre traz pra gente um benefício importante. (entrevistado 268).

iii) ‘dispositivo de prevenção e promoção da saúde para a equipe’, na qual as PIC apresentam, para a equipe, uma possibilidade para o trabalho de prevenção e promoção da saúde. Afirmou um dos entrevistados que

A equipe se sente assim, trabalhando numa missão mais preventiva quando trabalha com as práticas integrativas... então nesse espaço é um espaço também de produzir saúde. (entrevistado 246).

Os aspectos positivos do desenvolvimento das PIC para a equipe, atribuídos pelos coordenadores de serviços, constituem, portanto, uma estratégia de integração profissional e práticas de cuidado para o trabalho das equipes na APS. Observou-se uma relação estreita entre estes sentidos positivos das PIC e a experiência de equipes que integram o trabalho⁶ na APS. Assim, identificou-se forte semelhança entre as PIC como estratégias de integração entre as diferentes profissões e a formação de conexões e interfaces entre os profissionais; articulação de práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada; construção da alteridade entre os profissionais; superação da inércia e indiferença burocrática; e reconhecimento e respeito aos diferentes conhecimentos.

Observou-se, também, forte afinidade entre as PIC como atividades prazerosas que aproximam os profissionais com usuários e a integração entre os profissionais com o intuito de tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade; estreitamento do vínculo com a comunidade e entre os próprios profissionais da equipe. Por fim, identificaram-se as PIC como uma perspectiva de prevenção e produção da saúde com

a recomposição de processos de trabalhos distintos; a quebra da divisão do processo de trabalho; corresponsabilização pelos problemas apresentados à equipe; e o estímulo ao trabalho partilhado.

A implantação das PIC na APS alcança a dimensão de uma inovação técnico-tecnológica que rearranja a organização e o processo de trabalho. Com elas, os entrevistados relataram mudanças substanciais do ponto de vista da qualidade do trabalho, pois introduziram uma dimensão prazerosa ao labor do campo da saúde, assim como desenvolveram uma virada paradigmática da patogênese para a prevenção e promoção da saúde. Não bastassem essas mudanças internas do processo de trabalho, também trouxeram mudanças da organização do trabalho ao propiciar maior integração e vinculação dos profissionais das equipes com as populações atendidas.

Nas entrevistas, foi possível perceber que o elemento principal da mudança da dinâmica do trabalho em saúde com as PIC foi a centralização do cuidado no usuário e suas necessidades. Assim, observou-se um deslocamento da perspectiva centrada no procedimento ou no profissional, para uma ordenação a partir das necessidades dos usuários. As PIC se apresentaram como mecanismo capaz de desvendar as potências do trabalho interprofissional, com claro benefícios aos usuários, que se sentiram mais ‘atendidos’ tendo em vista as novas relações que foram estabelecidas entre eles e os profissionais. Também para os profissionais de saúde houve mudança significativa, por não estarem a todo momento no campo da atenção curativista e individual. Além disso, as PIC foram identificadas pelos entrevistados como formas de estabelecer a horizontalização dos poderes, em detrimento das relações verticalizadas no processo de trabalho das equipes, que é uma das maiores barreiras da interprofissionalidade. A vivência de maior equilíbrio nas relações de poder favoreceu a comunicação, a tomada de decisões compartilhadas, a escuta atenta e respeitosa e uma

dinâmica permanente de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro⁴.

No entanto, os coordenadores de serviços de saúde da APS também identificaram um conjunto de aspectos negativos da oferta de PIC para as equipes de saúde. De seus discursos, emergiram as seguintes categorias:

iv) ‘conflitos com outras atividades da equipe’, no sentido de que as PIC gerariam tensionamentos para a realização das demais atividades, como observa-se no trecho abaixo:

a única questão é assim, que como elas [funcionárias] estão alocadas no centro de saúde, elas têm inúmeras atribuições né, então a gente só tem que casar com todas as atividades que elas têm que fazer também, para que elas mantenham o grupo, que a gente avalia como superimportante, mas não deixem de fazer outras funções que também são importantes, né? (245).

v) ‘sobrecarga de trabalho dos profissionais que conduzem as PIC’, uma vez que há pouco recurso humano e de estrutura para a realização das atividades básicas do processo de trabalho dos profissionais. Afirmou um dos coordenadores que

Pra equipe, olha, o negativo que eu vejo é que a gente tem pouco recurso para dar conta do trabalho e saindo pessoas para fazer uma coisa fora, eles tomam isto como negativo. Por exemplo, eu estou aqui no curativo, tenho 15 pacientes para atender de manhã, e quem está escalado comigo sai duas horas da unidade para fazer este grupo fora. Quando a gente está com um recurso humano bem compatível eu vejo que não tem tanto conflito, entendeu? É a única coisa que eu vejo de negativo. (281).

vi) ‘atividade não prioritária na rotina de atendimento’ da equipe no serviço, como exposto na fala abaixo:

Às vezes eu acho que a maior dificuldade que a gente tem hoje é que com o número pequeno de profissionais que a gente tem, a falta de RH,

muitas vezes a gente acaba redirecionando o tempo, a carga horária destes profissionais para as atividades que são a demanda principal da unidade, e aí as Práticas acabam não sendo priorizadas, neste contexto... por causa das dificuldades que a gente tem de liberar... (272).

Estes três aspectos negativos são importantes para sinalizar conflitos de baixo reconhecimento e visibilidade nas relações internas das equipes de saúde. Na medida em que um profissional da equipe se interessar por alguma PIC e fizer o investimento de formar-se para ofertá-la no serviço, terá que negociar algumas horas com os outros profissionais da equipe. Todo esse processo deveria fazer parte do trabalho da equipe, no entanto, como narraram os coordenadores, a oferta desse tipo de prática na APS não apenas gera conflito e sobrecarga aos profissionais da equipe, como também não faz parte das ‘atividades que são a demanda principal da unidade’.

De outra maneira, é possível afirmar, a partir de um exercício de generalização analítica posicionado nas PIC e que alcança muitas outras práticas no campo da saúde, que o profissional de uma equipe que se interesse por alguma prática de cuidado não protocolar e hegemônica do campo da saúde, ou que busque inovar a organização do trabalho nos serviços da APS, sofrerá diferentes formas de constrangimento pelos outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Pode ser que a ação inovadora do profissional seja a expressão de uma formação especializada e orientada pelo modelo biomédico hegemônico, majoritariamente apoiado na lógica assistencialista e fragmentária, que dificulta trabalho em equipe. Todavia, pode ser, também, que o interesse de um profissional pelo ‘novo’ seja a expressão genuína do desejo de romper com a inércia institucional e construir um modelo de cuidado, não apenas integral, mas também emancipatório. Pode ser, ainda, que o interesse por

introduzir novas práticas na equipe seja uma mistura entre individualismo e compromisso com o cuidado da população na APS. Entretanto, qualquer que seja a motivação do profissional, sua ação resultará em possíveis conflitos interprofissionais com os outros membros da equipe. Nessas tensões, estarão operando as relações de poder corporativas e estruturais do campo da saúde, as quais podem ser condicionantes da construção social e manutenção de assimetrias no trabalho das equipes de saúde.

No discurso de um coordenador, bastante semelhante ao de muitos outros entrevistados, observa-se a expressão desse complexo de relações de poder corporativo e estrutural nas equipes da APS em torno do não reconhecimento das PIC pelos profissionais não envolvidos com elas. Em suas palavras:

Eu acho que ainda não tem uma percepção definida pelos profissionais, pra complementar o modelo de ‘consultação’. Pra mim é evidente isso [...] eu acho que pra equipe como um todo, mesmo envolvendo o profissional médico, ainda não caiu a ficha. Eu acho que a gente tem ainda pouco investimento nesta coisa de definir que é um modelo importante, uma opção importante para os profissionais e para o usuário, ainda tá... pouco investido. (entrevistado 240).

Claramente, mas de forma não linear, é possível ver expressas nesse discurso as relações hierarquizadas que permeiam o trabalho das equipes. Elas estão condicionadas, como vimos, à forma de organização do trabalho e, muitas vezes, também à hegemonia do poder técnico e político de uma categoria profissional. A assimetria dessas relações estabelece hierarquias, verticalizações e preconceitos, nas relações dos trabalhadores das equipes, podendo operar como obstáculo para o trabalho coletivo se concretizar, tornando-o fragmentado e desconectado¹⁴.

A potência do trabalho interprofissional no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde não se sustenta apenas pelas

iniciativas individuais. Nas falas anteriores, está clara a necessidade de maior apoio institucional para o fortalecimento do trabalho integrado e colaborativo, isso porque as normativas institucionais, algumas vezes, legitimam as disparidades de poder e não investem em novos arranjos de trabalho em saúde, que assegurem o efetivo trabalho em equipe. O debate sobre trabalho interprofissional precisa vir acompanhado de um movimento de reconhecimento e valorização de todos os profissionais. Enquanto as relações de poder e as formas de manutenção da desigualdade de poder não forem enfrentadas nas esferas macro, meso e microsocial, teremos dificuldades de avançar em uma cultura colaborativa¹⁵.

São muitas as implicações da assimetria de poder no interior da APS; e, possivelmente, a mais perversa é a de culpabilização das vítimas do processo. Diferentes eventos produzem a desmotivação dos profissionais para oferecerem as PIC nos serviços de APS, que julgamos ser semelhante a processos de introdução de outras práticas não hegemônicas. Por um lado, há inadequação estrutural das unidades para o desenvolvimento do trabalho com técnicas de cuidado coletivas, como o Lian Gong que é uma das PIC coletiva de origem da Medicina Tradicional Chinesa. Por outro, ocorre a culpabilização dos usuários de *“não se apossarem do grupo da maneira como deveria”* (274), que por extensão poderá atingir o profissional responsável pelo grupo.

Todo esse processo pode ser relacionado, de maneira recorrente, com a introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes da APS. No caso de práticas corporais coletivas, a dificuldade tem início na arquitetura das UBS. Elas foram construídas tomando como referência o modelo de atenção centrado no atendimento clínico, com consultórios pequenos e sem espaços adequados para atividades de grupo. Nas UBS investigadas, quando essas práticas são ofertadas, exige-se improvisação em áreas

externas, ou a utilização de outros equipamentos públicos e comunitários no entorno. Como se viu, pesa aos profissionais encarregados pela PIC adequar o espaço para o desenvolvimento da atividade; com isso, o profissional ‘ausenta-se’ do serviço, e o ciclo vicioso nas relações entre os profissionais da equipe é reforçado, com tensionamentos contínuos entre a oferta de PIC em relação à manutenção do funcionamento do atendimento da unidade e o desenvolvimento de PIC em relação às demandas principais dos serviços.

São notórios os relatos sobre a fragilidade da construção do modelo de trabalho interprofissional e as PIC na APS, com seus sentidos positivos e negativos atribuídos pelos coordenadores dos serviços, são um bom analisador das potencialidades e desafios do trabalho das equipes de saúde no SUS. Os resultados da nossa investigação sobre as PIC visibilizaram aspectos pouco considerados nos conflitos interprofissionais da organização e processo de trabalho das equipes, como, por exemplo, a insuficiência de condições estruturais, como falta de materiais, falta de funcionários e os baixos salários^{16,17}.

Os diversos tipos de contratos de trabalho, tais como celetista (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), temporários e até indicação político-partidária em alguns casos, manifestam-se como problema para a consolidação do trabalho interprofissional. Tal situação gera instabilidades, dificultando efetivamente a criação de vínculo do profissional com o serviço, com a equipe e com a população atendida, enfraquecendo a lógica da interprofissionalidade na dinâmica do trabalho em saúde, em razão da alta rotatividade de seus membros, interferindo principalmente na identidade de equipe. A forma de contrato de trabalho interfere diretamente nos serviços prestados¹⁸, e as questões de remuneração econômica desigual para os profissionais das equipes são marcadores de profundas desigualdades¹⁹.

Com as PIC na APS, observou-se a assimetria de poder interprofissional, quase

sempre estabelecida e mantida pelas relações corporativas, estrutura estatal e hierarquias sociais, que garantem privilégios econômicos e contratuais a determinados categorias profissionais. As relações hierarquizadas decorrentes dessa forma de organização do trabalho atravessam as equipes e, muitas vezes, dão-se como obstáculo para o trabalho coletivo¹⁶.

Há o predomínio da hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos, que entram em conflito com outros profissionais de nível universitário e médio. O trabalho acaba sendo feito de forma fragmentada e desconectada da finalidade de seu objetivo final: o cuidado integral das pessoas e suas necessidades. Para os médicos, regularmente, a equipe se resume à equipe médica, e a execução do trabalho interprofissional é dificultada pela falta de espaço dos 'não médicos' para o exercício autônomo de suas funções²⁰. Nesse sentido, é importante ressaltar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica das relações de poder médico-centrada. Por isso, as relações de poder no processo de trabalho interprofissional devem ser problematizadas como condição fundamental para o efetivo trabalho de colaboração das equipes multiprofissionais. Sobretudo, porque elas condicionam os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde e a organização da integralidade do cuidado²¹.

Apesar das dificuldades evidenciadas, é preciso destacar os avanços que a composição de equipes multiprofissionais traz para a realidade dos serviços de APS. A proposta da ESF desenvolveu benefícios notáveis no trabalho em equipe com a corresponsabilização dos serviços, cogestão dos problemas e a superação da inércia e indiferença burocrática, que muitas vezes se apresentam como um entrave para o desenvolvimento do SUS. Com a perspectiva da ESF na APS, aconteceu, então, a recomposição de processos de trabalhos e a formação de conexões e

interfaces entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades^{20,21}. Um outro avanço importante foi a construção da alteridade entre os profissionais, ou seja, o reconhecimento e o respeito ao outro como um estímulo ao trabalho partilhado, que são, muitas vezes, invisíveis e não quantificáveis em termos de indicadores¹⁶.

O desafio para as equipes multiprofissionais, no entanto, é de estabelecer fluxos de comunicação interpessoais que possibilitem a discussão dos problemas cotidianos, com liberdade para todos participarem das decisões. As atitudes de respeito, linguagem comum, disposição para aprender, corresponsabilização e união fazem parte dos desafios comunicacionais das equipes²². O trabalho realizado de forma conjunta e articulada exige comunicação fluida e permanente, sendo, inclusive, a condição para que as equipes de saúde ampliem sua capacidade de cuidado e de resolução integral dos problemas de saúde²³.

A presença das PIC na APS mostrou a potencialidade de articular desafios cotidianos das equipes multiprofissionais com o desenvolvimento de trabalhos prazerosos para os profissionais e para as populações atendidas. Este aspecto aponta para o fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, situando a comunidade e os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

Conclusões

A experiência de trabalho interprofissional nos serviços de saúde na APS apresenta-se, em princípio, como fácil de ser operacionalizada, porém, desenvolver a colaboração e a integração entre diversos núcleos de saberes e práticas é constantemente um desafio posto para os profissionais de saúde.

Fazem-se necessárias certas alterações da dinâmica do trabalho em saúde e nos fazeres

do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar nas equipes os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde²⁰. Garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica de cuidado integral exige um esforço para além de suas formações acadêmicas básicas, sendo necessário o desenvolvimento de competências colaborativas para a superação de um labor individual e hierarquizado no interior dos serviços. Tais mudanças não se dão de maneira rápida, pois os profissionais que compõem as equipes foram formados em uma lógica de domínio do poder do nível superior sobre o nível médio e da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de assimetria de algumas profissões sobre outras, garantindo posições desiguais na equipe e nos serviços de saúde.

A mudança do paradigma que reforça a formação orientada para o labor individual, para a superespecialização e para as relações hierarquizadas exige diversas ações e posicionamentos dos próprios profissionais no nível macro, meso e microssocial²⁴. Trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes. Depreende-se, assim, a necessidade de constantes investimentos nas relações entre os membros da equipe, oportunizados pela oferta das PIC nos serviços.

Existem experiências positivas e negativas na organização do processo de trabalho de equipe interprofissional em saúde no Brasil. Oportunidades e entraves são observados em vários aspectos; e, neste artigo, foram problematizados por meio da análise das PIC nos serviços de APS dos municípios da RMC/SP. A partir desse evento, observamos que o cuidado realizado pelas equipes não tem sido desenvolvido em todo o seu potencial e que o contexto atual de significativas perdas no SUS pode dificultar ainda mais o desenvolvimento da lógica interprofissional e colaborativa.

Colaboradores

Barros NF contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção e o planejamento para a análise e a interpretação dos dados; contribuição na elaboração do rascunho; e participação da aprovação da versão final do manuscrito. Spadacio C contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção e o planejamento para a análise e a interpretação dos dados; contribuição na elaboração do rascunho; e participação da aprovação da versão final do manuscrito. Costa MV contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção e o planejamento para a análise e a interpretação dos dados; contribuição na elaboração do rascunho; e participação da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Goldman J, Zwarentein M, Bhattacharyya O, et al. Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *J. Contin. Educ. Health. Prof.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 out 9]; 29(3):151-156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728378>.
2. D'amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J. Interprof. Care. London.* 2005 jul 19(supl):116-131.
3. Agreli HF, Peuzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Inter. Com. Saúde. Edu. São Paulo* 2017 maio 20(59):905-916.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. Promoting Partnership for Health.* London: Caipe, 2008.
5. Proch R. From silos to synergy: interprofessional education initiatives find warm welcome at Hopkins. *Johns Hopkins Nursing.* 2012; 10(1):33-35. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <https://magazine.nursing.jhu.edu/2012/04/from-silos-to-synergy/>.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública. São Paulo* 2001 fev; 35(1):103-109.
7. Telasai Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av. São Paulo* 2016 abr; 30(86):99-112.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. PNPIC-SUS. Brasília DF, Ministério da Saúde; 2006.
9. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor, et al. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 9]; 18(1):213-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000100022&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2015 out; 20(10):3263-3273.
11. Sousa LA, Barros NF, Pigari JO, et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2017 jan; 22(1):301-310.
12. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debat.* Rio de Janeiro. 2017 set; 41(spe3):171-187.
13. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 2012; 17(3):621-626.
14. Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 9]; 30(11):2368-2376. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S010211X2014001202368&script=sci_arttext&tlng=en.
15. Paradis E Whitehead CR. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles 1954–2013. *Medical Education.* Rockville. 2017 abr; 49(4):399-407.
16. Reis CR, Andrade SMO. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro.* 2008 mar; 12(1):50-56.

17. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2010 jul-ago; 18(4):763-769.
18. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo. 2010; 44(4):956-961.
19. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro. 2010; 34(3):379-389.
20. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde colet.* Rio de Janeiro. 2007; 12(2):455-464.
21. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo. 2006 40(4), 727-733.
22. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva, RF, et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo. 2011; 45(4):905-911.
23. Pereira RCA, Rivera FJU, Artamann E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*. Botucatu. 2013; 17(45):327-340.
24. Aoandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J. Interprof. Care*. London. 2005; 19:39-48.

Recebido em 30/05/2018

Aprovado em 28/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira

Traditional and Complementary Medicine in Primary Health Care in Brazil

Charles Dalcanale Tesser¹, Islandia Maria Carvalho de Sousa², Marilene Cabral do Nascimento³

DOI: 10.1590/0103-11042018S112

RESUMO Apresenta-se a situação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, seus problemas e estratégias de enfrentamento. Foram analisados bancos de dados, legislação, normas e relatórios governamentais, confrontados com pesquisas, sobretudo o primeiro inquérito nacional independente sobre PIC. Em 2017 e 2018, 29 modalidades de PIC foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados oficiais, elas se expandiram e foram ofertadas por 20% das equipes de APS em 2016, em 56% dos municípios, mas o inquérito encontrou oferta só em 8% deles. Tal discrepância deve-se provavelmente ao registro/divulgação dos dados: um profissional, ao registrar uma vez o exercício de uma PIC, converte seu município em ofertante nas estatísticas governamentais. Quase 80% das PIC ocorrem na APS, sendo mais comuns: práticas corporais, plantas medicinais, acupuntura e homeopatia. Há pouca regulamentação nacional da formação e prática em PIC. A maioria dos praticantes é profissional convencional da APS, por iniciativa própria, desempenhando papel de destaque na (pouca) expansão. A inserção do tema no ensino é incipiente, e há pesquisas na área, porém poucas publicações. Estratégias de institucionalização das PIC na APS envolvem estímulo federal aos municípios, via profissionais competentes, matriciamento, educação permanente e ação governamental para sua inserção na formação profissional.

PALAVRAS-CHAVE Terapias complementares. Atenção Primária à Saúde. Desenvolvimento de pessoal.

ABSTRACT *We present the situation of Traditional and Complementary Medicine (T&CM) in Brazilian Primary Health Care (PHC), its problems and coping strategies. Databases, legislation, regulations and government reports were analyzed, in particular, the first national survey on T&CM. In 2017-2018, 29 T&CM modalities were institutionalized in the Unified Health System (SUS). According to official data, they expanded and were offered by 20% of the PHC teams in 2016, in 56% of the municipalities, but the survey found offer in only 8% of them. Such discrepancy is probably due to the registration / disclosure of data: a professional, once having recorded the exercise of a T&CM converts his / her municipality into a bidder in government statistics. Almost 80% of T&CM occur in PHC, being more common: body practices, medicinal plants, acupuncture, and homeopathy. There is little national training and practice regulation in T&CM. Most professionals are conventional PHC practitioners, on their own initiative, playing*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública - Florianópolis (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0650-8289>
charles.tesser@ufsc.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9324-4896>
islandia@cpqam.fiocruz.br

³Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva, Mestrado profissional em Saúde da Família - Niterói (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8551-8292>
mncascimento3@gmail.com



an important role in the (small) expansion. The insertion of the theme in education is incipient and there are researches in the area, but few publications. T&CM institutionalization strategies in PHC involve federal stimulus to municipalities, through competent professionals, matrixing, permanent education in service, and governmental action for their insertion in the professional training.

KEYWORDS *Complementary therapies. Primary Health Care. Staff development.*

Introdução

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), sejam consideradas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde. Em paralelo, com a Declaração de Alma Ata¹, expandiu-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização de sistemas públicos universais de saúde, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. Nos países com APS bem estruturada, esse cuidado é centrado em equipes de profissionais generalistas, cuja referência principal de cuidado clínico é a biomedicina. Evidências mostram que o cuidado baseado em APS (clínica generalista) é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, tem maior equidade e custo-efetividade que sistemas em que os cuidados são prestados por outros especialistas².

Nas últimas décadas, houve uma crescente revalorização das MTCI, com aumento da demanda, legitimação social e regulamentação institucional delas, inclusive em países de alta renda³, em que o uso da biomedicina está bem estabelecido e disseminado. Isso é paradoxal, pois o grande desenvolvimento científico e tecnológico e a universalização

do acesso à biomedicina em locais com sistemas públicos universais de saúde não geraram um abandono progressivo das MTCI⁴. Ao contrário, elas vêm sendo cada vez mais procuradas em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas⁵, inclusive em uma época de biomedicalização acentuada⁶. No Sistema Único de Saúde (SUS), as MTCI são chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), termo usado doravante neste artigo.

A influência do crescimento e revalorização das PIC tem impactado os profissionais de saúde. Ao se considerar os médicos, incluindo os da APS, encontra-se na Suíça que 46% deles têm alguma formação em PIC³; no Canadá, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos⁷; na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do National Health Service (NHS) usam ou indicam alguma PIC⁸; 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha usam PIC⁹; na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e/ou acupuntura⁷ e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes⁹.

Houve também um aumento crescente no volume de pesquisas científicas sobre várias PIC e sua institucionalização³. Parte do uso dessas terapias ocorre de forma autônoma,

antes, depois ou em paralelo ao cuidado biomédico, em contexto de pluralismo de cuidados à saúde¹⁰. Esse *boom* científico e institucional foi induzido pela procura maciça dessas práticas pelas populações¹¹, compreensível por várias razões: fácil acesso e eficácia relativa (em locais de baixa renda); insatisfações com a biomedicina (abordagem impessoal, invasiva e iatrogênica); valorização de virtudes atribuídas às PIC (estímulo à participação no cuidado, melhor experiência e relacionamento terapeuta-usuário)^{12,13} e movimentos culturais fomentadores da revalorização das PIC¹⁴⁻¹⁶.

Embora o uso das PIC seja comum em doenças crônicas e em situações graves, como medicina paliativa e oncologia¹⁷, há consenso sobre seu lócus mais importante nos sistemas de saúde ser a APS^{3,18,19}. Isso se deve: a) ao seu estímulo ao potencial de autocura⁹, mais efetivo quando utilizadas em situações iniciais menos graves, típicas da APS; b) à sua ampla aceitação pelas populações; c) à maior participação dos doentes no cuidado¹³, com melhor compartilhamento simbólico devido à proximidade das cosmologias de várias PIC com a visão de mundo dos usuários²⁰; d) à fuga da iatrogenia, frequente nos adoecimentos crônicos, cada vez mais prevalentes; e) à sua contribuição para a capacidade interpretativa e terapêutica de sintomas não explicáveis pela nosologia biomédica, estimados em 15-30% das novas consultas na APS²¹.

Partindo da premissa de que a APS brasileira deve incorporar as PIC na oferta de serviços de saúde à população, o objetivo deste artigo é apresentar uma breve análise da situação atual dessas práticas no SUS com foco na APS, os principais problemas envolvidos na sua inserção na APS e estratégias para a sua superação. Esses objetivos atravessam três temas relevantes para a inserção das PIC na APS: presença institucional na APS, pesquisa sobre PIC e formação/capacitação de profissionais em PIC.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico de base bibliográfica e documental, a partir de bancos de dados oficiais, de pesquisa e literatura científica. Foram coletadas informações em bancos de dados de saúde do governo brasileiro, *newsletters* e relatórios do Ministério da Saúde (MS) sobre PIC. O Tabnet Datasus²² é um banco de dados federal em que foi analisada a informação registrada sobre PIC de 2008 a 2017. Outra fonte oficial foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com grande abrangência no País²³. Esses dados foram confrontados com resultados do primeiro inquérito telefônico nacional independente dirigido, em 2015, aos gestores municipais do SUS²⁴. Informações e dados de pesquisas relevantes sobre as PIC no SUS foram utilizados na medida em que permitiram uma visão panorâmica de sua inserção na APS brasileira, dos problemas e estratégias respectivas. A análise se deu a partir de três categorias analíticas: a) presença institucional e expansão das PIC na APS, b) formação em PIC e APS e c) pesquisa em PIC no Brasil e na APS. Os resultados e discussões estão distribuídos e apresentados seguindo essas categorias.

Presença institucional e expansão das PIC na APS

Embora, desde a década de 1980, haja registro de experiências no SUS com PIC, estas ganharam visibilidade e crescimento após a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)²⁵, que oficializou no SUS cinco PIC: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais e águas termais/mineiras. Em 2017, houve ampliação para 19 modalidades: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia,

naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga²⁶. Em 2018, mais dez foram incluídas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia floral²⁷.

Não houve, com a PNPIC, investimento financeiro adicional para as PIC pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do que havia antes de 2006. A ampliação da lista de PIC ocorreu em contexto político adverso, sem discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das PIC incorporadas. Envolveu muitas formas de cuidado, algumas pouco conhecidas, gerando necessidade de estudos e suscitando reações contrárias e a favor em diferentes associações corporativas. Na saúde

coletiva, desconhecemos análises sobre limites e possibilidades desse novo cenário que se conforma na APS brasileira.

A PNPIC priorizou a inserção das PIC na APS, pois os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são os seus maiores promotores no SUS. Segundo o último informe do MS²⁶, a oferta de PIC, em 2016, existia em 9.470 estabelecimentos de saúde distribuídos em 56% (3.097) dos municípios brasileiros; e na APS, em 54% deles. Estava concentrada nas capitais, principalmente nas regiões Sul e Nordeste. O maior número destes estabelecimentos era público e de administração municipal (APS). Um mesmo estabelecimento de saúde pode ofertar mais de uma modalidade de PIC, homeopatia e acupuntura, por exemplo, registradas pelo MS como serviços de PIC. Em 2017 (jan. a set.), foi observada a oferta de 8.575 serviços (tabela 1).

Tabela 1. Oferta de serviços de PIC por tipo de estabelecimento. Número, percentual e distribuição dos serviços por 100.000 habitantes. Brasil, jan. a set. 2017

Tipos de estabelecimentos	Nº de Serviços ^a	% de Serviços	Nº de Serviços por 100.000 hab ^b
Academias da Saúde ^c	424	4,9	0,21
Centros de Apoio à Saúde da Família	167	1,9	0,08
Centro de Atenção Psicossocial	222	2,6	0,11
Centros de Saúde/ESF ^d	5.547	64,7	2,69
Clínicas Especializadas	1.105	12,9	0,54
Consultórios Privados	337	3,9	0,16
Hospitais Gerais e Especializados	294	3,4	0,14
Policlínicas	325	3,8	0,16
Outros	154	1,8	0,07
Total	8.575	100,0	NA

Fonte: Tabnet Datasus²².

(^a) Pode haver mais de uma PIC por tipo de estabelecimento.

(^b) Estimativa da população em 2016: 206.114.067 habitantes.

(^c) Promovem práticas corporais (lian kung, tai chi chuan, yoga etc.), modos saudáveis de vida, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (18).

(^d) Centros de Saúde e unidades da Estratégia Saúde da Família constituem o sistema público de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Aproximadamente 78% dessa oferta está na APS, sobretudo na ESF, principal modalidade de organização da APS brasileira, e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), considerados pertencentes à APS. Das equipes de Nasf visitadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, mais de 20% as praticavam²³. Apenas 16,7% da oferta de PIC no SUS está na média complexidade (clínicas especializadas e policlínicas); e 3,4%, no cuidado hospitalar e de alta complexidade (*tabela 1*).

Na ESF, durante o ano de 2016, foram contabilizadas 2.427.919 ações em PIC, o que corresponde, respectivamente, a 2.203.661 atividades individuais (1,069 por 100 mil habitantes) e a 224.258 atividades coletivas (fitoterapia e práticas corporais e mentais). Nos atendimentos individuais, após os 15 anos de idade, o atendimento ao sexo feminino é mais de duas vezes maior que ao masculino²⁶. A *tabela 1* e os relatórios ministeriais mostram que há insuficiência na oferta de PIC, no que se refere a atividades e ao número de serviços, que são irrisórios para a dimensão do SUS e do Brasil.

Os dados oficiais apontam um crescimento das PIC na APS na última década^{22,23,26}. Todavia, quando esses dados são comparados com os de um inquérito telefônico nacional dirigido aos gestores municipais de saúde²⁴, que contactou 95% dos municípios do País e obteve respostas de 1.617, aparecem discrepâncias. O inquérito identificou apenas 432 municípios com oferta de alguma PIC nos serviços públicos entre 2015 e 2016, perante os 3.097 dos dados oficiais. Se cotejarmos os dados do inquérito com os do PMAQ-AB, aparecem apenas 347 municípios com oferta na APS. Essa grande disparidade merece elucidação. Talvez ela se deva ao fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser realizada por profissionais da ESF individualmente nos seus serviços, sem apoio ou ciência dos gestores; e, conseqüentemente, sem institucionalização significativa da oferta. Quanto à maior concentração da oferta na APS, houve convergência entre os dados do MS e os do

inquérito, segundo os quais 71% dos municípios que ofertam PIC o fazem na ESF.

Vale salientar que os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²² e do MS apresentam variações quanto à distribuição e à oferta de PIC. Eles dependem do momento da coleta dos dados, o que demonstra frágil institucionalização. Como, provavelmente, grande parte da oferta é realizada por profissionais da ESF, se eles saem do estabelecimento, a oferta tende a ser extinta, e nem sempre o CNES é atualizado.

Segundo o inquérito nacional²⁴, as PIC ofertadas com maior frequência são plantas medicinais e fitoterapia (30% dos municípios que ofertam PIC), acupuntura (16%) e auriculoterapia (11%), distintamente nas regiões do País. Nos dados oficiais do MS²², as PIC mais frequentes são as práticas corporais (53%) e a acupuntura (20%), enquanto a fitoterapia aparece em apenas 6%. Uma ausência importante na literatura, nos relatórios e normativas oficiais são as PIC relativas às terapias tradicionais indígenas e afro-brasileiras, até agora não contempladas na PNPIC, sobre as quais não dispomos de dados registrados para além de estudos antropológicos.

Pouco se sabe sobre o perfil dos profissionais que praticam as PIC. Os dados disponíveis são insuficientes, pois a maioria delas pode ser realizada por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal em PIC. Os profissionais com registro específico em PIC no CNES são poucos (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos, 8,4%, e fisioterapeutas, 19%) e homeopatas (médicos, 31,8%)²⁸. A comparação com um estudo de 2011²⁹ mostra que há poucas alterações nesses números, o que reforça a hipótese de que são os profissionais da ESF, sem registro específico em PIC, os protagonistas da sua oferta e ampliação na APS.

Cada vez que um profissional pratica uma PIC e registra seu uso no sistema de informações, o respectivo município aparece nos dados oficiais como ofertando PIC naquele

ano. Pode-se considerar uma falácia relativa considerar a prática de um profissional, talvez ocasional, como oferta rotineira do município. A *tabela 2* mostra o perfil da oferta pelas equipes de APS no Brasil, nos anos

de 2016 e 2017, avaliadas pelo PMAQ-AB. Note-se que uma mesma equipe pode oferecer mais de uma PIC; e, com isso, o número de equipes apresentado fica superestimado.

Tabela 2. Número de equipes da APS com oferta em PIC em 2016, segundo dados do PMAQ-AB

Descrição	Número	%
Acupuntura ¹	1583	12,7
Arteroterapia ²	737	5,9
Auricoacupuntura ¹	908	7,3
Ayurveda ²	23	0,2
Biodança ²	257	2,1
Dança circular ²	606	4,9
Homeopatia ¹	1224	9,8
Medicina antroposofica ¹	242	1,9
Musicoterapia ²	423	3,4
Naturopatia	77	0,6
Plantas medicinais e fitoterapia ¹	1854	14,9
Práticas corporais da MTC**	2067	16,6
Reiki ²	127	1,0
Shantala ²	603	4,8
Termalismo/ crenoterapia ¹	71	0,6
Terapia comunitária integrativa ²	1336	10,7
Yoga ²	332	2,7
Total	12470	100

Fonte: Brasil, 2018²³.

** MTC = Medicina Tradicional Chinesa.

¹ Implantadas na PNPIC em 2006.

² Ampliação da PNPIC de 2017.

Uma sistematização recente³⁰ de estudos em cinco grandes municípios identificou quatro tipos básicos de inserção das PIC no SUS e na APS, geralmente associados entre si e com variações. O primeiro é a prática de PIC pelos profissionais convencionais da APS, sobretudo nas equipes de saúde da família. Nesse

caso, a integração das PIC com o cuidado biomédico é ampla. O perfil da demanda e o acesso às PIC tendem a ser os mesmos da APS. Tais profissionais têm formação prévia em PIC ou foram capacitados em serviço. O acesso às PIC nessa modalidade é restrito ao local onde tais profissionais atuam.

O segundo tipo de inserção ocorre quando profissionais lotados na APS se dedicam exclusivamente à prática de uma PIC. A integração com a APS é menor, o acesso é direto e/ou referenciado e o perfil da demanda tende a ser mediado pela referência de profissionais biomédicos. Esse tipo exige o acréscimo de profissionais especializados em PIC às equipes de APS, o que coloca limites à sua expansão, consideradas as restrições na composição e financiamento das equipes da ESF e seu subdimensionamento atual.

O terceiro tipo ocorre quando profissionais matriciadores na APS praticam PIC, atendendo usuários referenciados individualmente e ou realizando atividades coletivas (estas muitas vezes de acesso direto). Além de atender usuários referenciados, eles podem colaborar na educação em serviço de seus colegas generalistas em PIC.

Por último, o quarto tipo de inserção ocorre quando uma ou mais PIC estão em ambulatorios especializados (biomédicos ou só de PIC, estes existentes em poucas cidades³¹) e hospitalares, para os quais os usuários são referenciados. Os ambulatorios de especialidades com homeopatas e acupunturistas exemplificam esse tipo. Todavia, seu isolamento habitual da APS e a tendência de superlotação³¹ contraindicam este modo de inserção como via de expansão das PIC no SUS. Embora o exercício especializado delas seja necessário, ele deve ocorrer associado com matriciamento, para socialização desses saberes/práticas e negociação das referências e contrarreferências.

Os resultados disponíveis de pesquisas sobre PIC na APS brasileira investigando a percepção de profissionais e usuários convergem para uma satisfação bilateral com o uso e a efetividade das PIC³²⁻³⁸. Quando pesquisas investigam o conjunto dos profissionais da APS, os resultados mostram que a grande maioria não é praticante de PIC, as desconhecem relativamente e mostra interesse em aprender sobre elas^{39,40}.

Uma estratégia adequada à situação da

APS brasileira para a expansão das PIC é a associação do primeiro com o terceiro tipo de inserção descritos acima³⁰, que apenas não contempla os hospitais (estes têm uma dinâmica própria e vêm, aos poucos, valorizando as PIC, sobre o que pouco sabemos além do acima mencionado). Nessa associação, a inserção das PIC é via profissionais da ESF e dos Nasf ou outros serviços que pratiquem e matriciem em PIC, inserindo essas práticas no cotidiano do cuidado na APS.

Dada a situação de relativa desregulamentação ou pouca legitimação científico-profissional-institucional de várias delas, podemos considerar que elas vêm sendo testadas na APS, sob alguma longitudinalidade e sob o olhar dos profissionais da ESF, cuja proximidade dos usuários e competência biomédica funcionam como uma espécie de proteção contra possíveis efeitos adversos do uso das PIC (embora sejam considerados geralmente menores e menos frequentes que os dos tratamentos convencionais). A estratégia de inserção indicada implica investir na educação permanente em PIC e na sua incorporação à formação dos profissionais (graduação e pós-graduação), ambas hoje relativamente raras no Brasil.

Formação em PIC e APS

A formação em PIC no Brasil é insuficiente e difusa, com limitações na oferta e na qualidade. Ela está concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de pós-graduação *lato sensu*. De modo geral, tende a reproduzir modelos de formação – com impacto na produção de cuidado – adequados à realidade da prática privada, que não atendem às necessidades da APS ou do SUS. Essa situação é reconhecida como um dos maiores desafios para a ampliação das PIC no SUS^{12,41-44}.

Quanto à formação em serviço, o MS oferta cinco cursos a distância sobre PIC em ambiente virtual de aprendizagem do

SUS, a maioria de caráter introdutório, o que tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema²⁶. Além desses, um curso semipresencial de auriculoterapia de 80 horas, financiado pelo MS, com polos regionais em 21 estados brasileiros, capacitou, em 2016 e 2017, mais de 4 mil profissionais⁴⁵. Houve também uma formação presencial para número semelhante de profissionais da ESF de todas as regiões do País em Terapia Comunitária e Integrativa. A terapia comunitária é uma técnica de condução de grupos criada no Brasil, voltada para a partilha de experiências, sofrimentos psíquicos e autoajuda comunitária⁴⁶.

Algumas secretarias municipais de saúde ofertam ações de educação permanente a seus profissionais e/ou cursos de especialização em uma ou mais PIC, especificamente voltados para a APS. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo oferta educação continuada em homeopatia para médicos da rede municipal e da ESF; criou uma residência multiprofissional em PIC, pioneira no País; oferece cursos de aprimoramento médico em prescrição de fitoterápicos, entre outros⁴⁷. A prefeitura de Florianópolis vem, desde 2010, oferecendo cursos teórico-práticos introdutórios de algumas PIC aos profissionais da ESF⁴⁸, incluindo um curso de acupuntura para médicos da APS⁴⁹.

Tais iniciativas não foram extensivamente mapeadas e investigadas, ocorrem majoritariamente em cidades de maior porte, mas podem ter um papel relevante diante da ignorância significativa e do interesse dos profissionais em atividade na APS com relação às PIC^{39,50}. Tanto virtuais (cursos a distância) quanto presenciais e semipresenciais, ações de educação permanente e continuada em PIC têm um papel ainda desconhecido na sua expansão e institucionalização na APS. Essa é uma estratégia promissora timidamente iniciada que merece maior atenção e exploração, cabendo indução financeira federal para que mais municípios o façam.

Quanto à inserção das PIC na formação universitária em saúde, no Brasil, ela se mostra inicial e modesta, distante da experiência de outros países. Estudo de Azevedo e Pelicione, de 2011, permitiu estimar que menos de 10% dos cursos de medicina oferecidos no País incluíam em seus currículos conteúdos de PICS⁴³. No cenário internacional, esses conteúdos estavam presentes em mais de 80% das escolas médicas canadenses em 1988, sendo acupuntura e homeopatia os mais ofertados; em cerca de 40% das escolas médicas da União Europeia em 1999; e em 64% das 117 escolas médicas norte-americanas pesquisadas em 1998⁴⁴. Estudos sobre iniciativas brasileiras de ensino mostram interesse dos alunos no aprendizado⁵¹⁻⁵³.

Nas universidades públicas brasileiras, o ensino de PIC está sendo introduzido gradativamente nos cursos de graduação da área da saúde e, em menor número, nos de especialização. Estudo no Rio de Janeiro⁵⁴, em 2014, identificou 46 disciplinas abordando PIC em cursos de saúde de seis instituições públicas de ensino superior, a maioria na graduação, cinco projetos de extensão, três cursos de especialização (dois em homeopatia e um em acupuntura) e duas ligas acadêmicas. As disciplinas estavam distribuídas em quase todas as subáreas da saúde, estando mais concentradas em cursos de medicina, farmácia e enfermagem. As PIC mais frequentes foram homeopatia, meditação e práticas corporais. O perfil das disciplinas era predominantemente opcional e informativo, com conteúdo voltado mais para as diferenças paradigmáticas do que para a integração das PIC no cuidado. Apesar de ser relevante o reconhecimento e a compreensão dessas diferenças, a ênfase excessiva nelas pode dificultar uma integração entre distintos saberes e práticas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Disciplinas optativas sobre PIC existem em várias universidades brasileiras^{42-44,51-53}, mas parece haver resistência ou pouca evolução para sua incorporação pelos currículos formais, o que também dificulta a investigação acadêmica acerca do tema.

Para uma integração mais efetiva dessas práticas no cotidiano da APS, faz-se necessário que o ensino das PIC seja ofertado a um maior número de estudantes nos diversos cursos de saúde, ao longo de sua formação profissional, desde a graduação até a pós-graduação, com possibilidade de qualificação prática para aqueles que manifestem esse interesse. Essa é uma estratégia que demanda ações macropolíticas educacionais, dado o atraso do processo da incorporação desses conteúdos nas universidades e cursos na área da saúde no Brasil. Nesse sentido, cabe indução e ação dos Ministérios da Saúde e da Educação para a inserção oficial do tema das PIC, como conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde, sobretudo nos cursos cujos estudantes estarão envolvidos diretamente na assistência aos usuários, especialmente na APS; e estímulo à criação de cursos de pós-graduação nessa área, associados à pesquisa.

As ações de educação permanente nos serviços de saúde potencializam a formação específica em PIC, mas não a substituem. A integração de diferentes paradigmas e práticas de cuidado na formação profissional em saúde pode contribuir para melhorar o relacionamento com usuários, ampliar a integralidade do cuidado e tornar o trabalho em saúde mais resolutivo^{51,54-56}. Nas instituições públicas de ensino superior, destaca-se a importância de que o ensino de PIC seja orientado para os diversos cenários do SUS, com ênfase especial para a APS, conforme preconiza a PNPIC²⁵.

Pesquisa em PIC no Brasil e na APS

Nas últimas décadas, observa-se o crescimento de pesquisas em PIC no Brasil, apesar de elas serem ainda escassas. Isso pode ser evidenciado analisando três aspectos: fomento à pesquisa, grupos/linhas de pesquisas e publicações. No que se refere ao

fomento, Sant'ana⁵⁷ analisou, entre os anos de 2002 e 2014, 173 editais, sendo 172 oriundos do Sistema Pesquisa Saúde. Destes, 110 eram editais do tipo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) (estaduais) e 62 editais do tipo Fomento (nacionais). Encontrou que apesar de as PIC não terem uma subagenda de pesquisa, foram contempladas em 19 editais, perfazendo 1% de todo o investimento no período, principalmente em editais do campo biomédico. O Nordeste teve o maior volume de investimentos nesse tema, recebendo R\$ 1.584.274,84 para execução de 32 projetos.

Em 2013, a pesquisa em PIC teve seu primeiro edital específico, o único durante os 10 anos de PNPIC. O edital de Chamada MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit N° 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde contemplou pesquisadores de 10 estados. Os projetos investigaram as seguintes PIC: acupuntura (26%), fitoterapia (21%), auriculoterapia (10%), medicina antroposófica (4%), homeopatia (2%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%); e 19% não especificaram nenhuma PIC. Tais achados denotam que o Edital contemplou o que era naquele momento institucionalizado pela PNPIC, no entanto, como se viu acima, é vasta a diversidade atual de PIC existente no SUS, carente de mais investigações que elucidem seus limites e potencialidades na APS.

Há diversidade também nos grupos de pesquisa registrados no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>). Em 2017, a presença das PIC nesse diretório se deu com diferentes designações, categorias e ou conceitos, tais como: medicina alternativa, complementar, integrativa, racionalidades médicas, saúde, vibração mecânica, auto-humanescente, vitalismo, entre outros; indicando a heterogeneidade e a polissemia que envolvem o tema. Os grupos de pesquisas estão inseridos em diferentes áreas, como a biofísica, sociologia, medicina veterinária, agronomia e outras áreas da

saúde; sendo o maior número na saúde coletiva, com 27 grupos. Ao todo, são 59 grupos de pesquisas que estudam especificamente as PIC ou que possuem uma linha de pesquisa vinculada a elas. Nota-se que há necessidade de investigações que possam produzir um arcabouço teórico integrador, e que proporcionem a construção de análises mais aprofundadas em cada campo. No momento, observa-se que, entres as categorias e linhas de pesquisas apresentadas pelos grupos, há uma generalização do termo PIC que se tornou um ‘guarda-chuva’ para os mais diferentes objetos de investigação, inclusive fora do campo da saúde.

Apesar da diversidade de grupos de pesquisa, a produção científica nacional ainda é pequena. Na base de dados Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), de 7.243 publicações científicas sobre PIC entre os anos de 2006 e 2016, apenas 285 (3%) têm afiliação institucional brasileira. Porém, nota-se que 69% destas têm também como descritor ‘atenção primária em saúde’, ressaltando a potente relação das PIC com a APS em pesquisa.

Uma revisão de literatura, entre 2002 e 2011, sobre PIC na APS na Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed/Medline resultou em apenas 22 artigos brasileiros, de um total de 180 publicações de acesso aberto contendo no título ou resumo, pelo menos, um dos descritores selecionados (homeopatia, acupuntura, fitoterapia, práticas corporais associados à APS, em espanhol, inglês ou português). Houve dispersão em 106 periódicos, indicando não haver veículos especializados em PIC na APS. Das publicações, 80% eram europeias, principalmente inglesas (50%), provavelmente pela força da sua APS; e 30%, norte-americanas. Pouco mais da metade tinha abordagem quantitativa (sobretudo ensaios clínicos); 30%, abordagens qualitativas; e 20% discutiam políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC⁵⁸.

As PIC merecem amplo estudo tanto do

ponto de vista de sua efetividade quanto de sua constituição enquanto saber e técnica. É necessário desviar da tendência atual de reduzir seu estudo às teorias e métodos biomédicos, que geralmente são comparadas com a biomedicina a partir da nosologia, teorias e práticas terapêuticas desta última^{58,59}. Várias PIC podem e devem ser investigadas na sua ação sem necessariamente se tomar a biomedicina como verdade *a priori*, o que complexifica as metodologias e as torna, ao mesmo tempo, mais pragmáticas, menos cegas para os seus próprios pressupostos e mais dialógicas com os saberes de outros sistemas de cuidado¹⁶. As PIC concentram em si o importante e estratégico desafio de romper com o monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizador e iatrogênico. Nesse sentido, elas podem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos, capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS.

Considerações finais

De forma dispersa, profissionais da ESF têm sido os protagonistas das PIC no SUS. Isso indica que elas devem estar trazendo efetividade à sua prática, visto que eles têm investido tempo e recursos em formação e depois no exercício das PIC.

As PIC podem ser inseridas na APS para ampliação do leque terapêutico, bem como em equipes e serviços especializados que matriciem a APS, contribuindo para sua educação permanente (além de em espaços hospitalares, aqui não tematizados). Elas parecem estar mais presentes na APS, mas não sabemos ao certo como e quando. O seu crescimento nos dados oficiais parece estar associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de divulgação do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na APS.

Há grande diversidade de PIC em uso e pouca pesquisa sobre sua oferta no SUS e na APS. Sua aceitação crescente no mundo e no Brasil parece incontestável, mas seu potencial de contribuições ao cuidado na APS ainda é pouco explorado. A sua presença nas graduações da área da saúde no Brasil é incipiente, gerando relativa ignorância na maioria dos profissionais. Experiências pioneiras de municípios em educação permanente em PIC têm mostrado resultados de socialização de algumas delas, mas isso ainda é localizado e não tem se expandido significativamente, talvez devido à fragmentação da APS no País, que depende majoritariamente dos gestores municipais.

Os Ministérios da Saúde e da Educação devem investir em pesquisas e ensino na graduação e pós-graduação, voltados aos profissionais em formação e em atividade, para criar uma massa crítica de pesquisadores, professores e praticantes de PIC nas universidades e nos serviços de saúde. Outrossim, devem também estimular, inclusive financeiramente, os municípios que as ofertam e que capacitam os trabalhadores de forma institucionalizada. Na APS, as PIC são um

grande potencial de recursos interpretativos, terapêuticos e de promoção da saúde quase todo por explorar.

Colaboradores

Tesser CD contribuiu para concepção inicial do estudo em parceria com os demais autores, para análise e discussão dos resultados, redação da versão inicial dos tópicos dos resultados/discussão, para atualização bibliográfica e redação das versões sucessivas até aprovação da versão final do manuscrito. Sousa IMC contribuiu para concepção inicial do artigo em parceria com demais autores, coleta de dados e redação parcial dos resultados e discussão, revisão crítica do conteúdo e redação das versões sucessivas até a aprovação da versão final do manuscrito. Nascimento MC contribuiu para concepção inicial do artigo em parceria com demais autores, redação inicial da introdução e métodos, parcial dos resultados e discussão, revisão crítica do conteúdo e redação das versões sucessivas até a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
2. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med* 2015; 13(5):456-465.
3. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
4. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Carroll & Graf; 2000.
5. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369(9562):700-702.
6. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, et al. Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
7. Organização Mundial de Saúde. Medicina tradicional. informe de La secretaria [internet]. In: 56ª Asamblea mundial de la salud, punto 14.10 del orden del día provisional. 2003 Mar 31. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/80004>.
8. BMJ. Half of general practices offer patients complementary medicine. *BMJ* [internet]. 2003; 327(7426):1250-f. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1250-f?eaf>.
9. Levin JS, Jonas WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.
10. Helman CG. Cultura Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280(18):1569-1575.
12. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742.
13. Andrade JT. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EdUFBA; EdUECE; 2006.
14. Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016; 30(86):99-112.
15. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2009; 16(2):393-405.
16. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(12):3595-3604.
17. Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa? *Cad. saúde colet.* 2013; 21(3):348-354.
18. Mcwhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades afetivas. *Saúde Soc.* 2012; 21(2):336-350.
20. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998; 279(19):1548-53.
21. The Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms [internet]. 2017. [acesso em 2018 maio 30]. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf>.
22. Brasil. TabnetDasus [internet]. [acesso em 2018 abr

- 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>.
23. Brasil. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-2 Ciclo [internet]. [acesso em 2018 maio 8]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
 24. Sousa IMC, Bezerra AFB, Guimarães MBL, et al. Relatório de Pesquisa do CNPq- Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste. 2016. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: http://cnpq.br/relatorios-de-pesquisa?p_p_id=relatoriopesquisabuscaportlet_WAR_relatoriopesquisabuscaportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&modoBusca=textual.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIC [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 3]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_mai2017.pdf.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Diário Oficial da União. 22 mar 2018
 28. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [acesso em 2017 nov 27]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>.
 29. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2143-2154.
 30. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(1):e00150215, 2017.
 31. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(49):261-272.
 32. Tesser CD. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz, MT, Barros, NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: Uerj; 2012. p.251-283.
 33. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. *Cien. Saude Colet*. [internet]. 2016 ago. [acesso em 2018 fev 7]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/utilizacao-de-medicinas-alternativas-e-complementares-na-atencao-primaria-a-saude-de-florianopolissc-percepcao-de-usuarios/15829>.
 34. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10 (supl. 1):255-266.
 35. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina Complementar e Alternativa na Rede Básica de Serviços de Saúde de Campinas: uma aproximação qualitativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(3):1793-1800.
 36. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: Representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1903-1912.
 37. Santanna C, Hennington ÉA, Junges JR. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface (Botu-*

- catu) 2008; 12(25):233-246.
38. Silva ER, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no SUS e (des)medicalização social. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(11):2186-2196.
39. Thiago SCS, Tesser CD. Terapias complementares na percepção de médicos/enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(2):249-257.
40. Rosa C, Camara SG, Beria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Colet*. 2001; 16(1);311-318.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006-2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2011.
42. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.
43. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab. educ. saúde (online)* 2012; 9(3):361-378.
44. Teixeira MZ. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). *Rev Homeopatia*, São Paulo, 2017; 80(1/2):18-39.
45. Botelho LJ. Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica. Relatório Final. Florianópolis: UFSC, 2017.
46. Barreto AP, Barreto MCR, Barreto DOICHC, et al. A inserção da Terapia Comunitária e Integrativa na Estratégia de Saúde da Família. Fortaleza, 2011. [acesso em 2018 out 14]. Disponível em: https://www.academia.edu/22384738/BARRETO_A._de_P._BARRETO_M._C._R._GOMES_D._O._BARRETO_I._C._de_H._C._ABDALA-COSTA_M._P._-_TERAPIA_COMUNIT%C3%81RIA_INTEGRATIVA_NA_ESF_SUS.
47. Prefeitura de São Paulo. Secretarias. Saúde. Atenção Básica. Medicinas Tradicionais. [acesso em 2018 jan 26]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20392.
48. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(11):3011-3024.
49. Moré AOO, Tesser CD, Min LS. Integrating acupuncture into primary health care: the experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med*. 2016; 34(6):476-481.
50. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Rev. bras. educ. med*. 2017; 15(1):301-320.
51. Oliveira IF, Peluso BHB, Freitas FAC, et al. Homeopatia na graduação médica: trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Rev. bras. educ. med*. 2017; 41(2):240-250.
52. Christensen MC, Barros NF. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Rev. bras. educ. med*. 2010; 34(1):97-105.
53. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, et al. Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Rev. bras. educ. med*. 2016; 40(2):197-203.
54. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. educ. saúde*. 2018; 16(2):751-772.
55. Broom A, Adams J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizadores. Intercâmbio solidário de saberes em saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrati-

- vas e Complementares. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 139-153.
56. Haramati A, Adler SR, Wiles M, et al. Innovation and collaboration: the first international congress for educators in complementary and integrative Medicine. *Explore (NY)*. 2013; 9(2):118-120.
57. Sant'ana V. Análise do fomento do SUS à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 71 p. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/16305>.
58. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.*, Rio de Janeiro 2015; 20(10):3263-3273.
59. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Híst. cienc. saúde-Manguinhos*. 2011; 18(1):155-174.

Recebido em 30/05/2017
Aprovado em 15/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde

Medical undergraduation in Brazil facing the challenges of training for Primary Health Care

Swheelen de Paula Vieira¹, Celia Regina Pierantoni², Carinne Magnago³, Márcia Silveira Ney⁴, Rômulo Gonçalves de Miranda⁵.

DOI: 10.1590/0103-11042018S113

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0135-1860>
helen.nut@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7481-6350>
cpierantoni@gmail.com

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8799-3225>
carinne.mag@gmail.com

⁴Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3262-565X>
marcia.ney.unesa@gmail.com

⁵Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8082-3768>
nutricao@gmail.com

RESUMO Este estudo objetivou identificar elementos da formação médica no Brasil, analisando a proximidade deles com os pressupostos da atuação profissional na Atenção Primária à Saúde e das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa, operacionalizado em 2015 e 2016, por entrevistas telefônicas e entrevistas *in loco* com coordenadores/diretores de cursos de graduação em medicina. Os resultados do *survey* indicam inclinação para uma formação médica generalista, com ênfase na atenção primária, mas que pouco prepara os alunos para o desenvolvimento de ações multiprofissionais. Nas entrevistas presenciais, foram relatadas fragilidades que limitam o desenvolvimento de competências para atuação na atenção primária, como a resistência e o pouco preparo dos docentes, as condições incipientes das unidades básicas, a rotatividade dos profissionais do serviço e a disputa dos cenários entre instituições de ensino públicas e privadas. Os achados indicam o caminho que está sendo desenhado após a implantação das novas diretrizes de medicina, sugerindo não apenas avanços, mas também desafios que precisam ser superados, especialmente em prol do desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo em equipe.

PALAVRAS-CHAVE Educação médica. Educação de graduação em medicina. Recursos humanos em saúde. Sistema Único de Saúde. Currículo.

ABSTRACT *This study aimed to identify elements of medical education in Brazil, analyzing their proximity to the presuppositions of professional performance in Primary Health Care and the National Curricular Guidelines of 2014. It is a descriptive and exploratory study, with a qualitative and quantitative approach, developed in 2015 and 2016, through telephone interviews and on-site interviews with coordinators/directors of undergraduate medicine courses. The results of the survey indicate an inclination towards a generalist medical education, with emphasis on primary care, but that does not prepare students for the development of multiprofessional actions. In face-to-face interviews, weaknesses have been reported that limit the development of competencies for primary care, such as the resistance and lack of preparation of professors, the incipient conditions of basic units, the turnover of service professionals, and the dispute of space*



between public and private educational institutions. The findings indicate the path that is being drawn after the implementation of the new medical guidelines, suggesting not only advances, but also challenges that need to be overcome, especially for the development of skills for collaborative teamwork.

KEYWORDS *Education medical. Education, medical, undergraduate. Health Manpower. Unified Health System. Curriculum.*

Introdução

O ensino médico no Brasil vem sendo debatido em diversos fóruns: há um consenso quanto à insatisfação no atendimento das necessidades da população e à necessidade de sua reformulação¹⁻⁵.

No Brasil, as propostas instituídas no sistema de saúde com a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial no que concerne aos cuidados básicos de saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de medicina: a educação médica parece ainda não implementar de maneira robusta o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido^{2,3,6-8}.

Apesar das proposições e avanços nos últimos anos, estudos e avaliações do ensino médico contemporâneo mostram que a maioria dos cursos de medicina no País possui o modelo de formação predominantemente fragmentado no ensino das especialidades, seguindo as proposições do Relatório Flexner orientado majoritariamente para atenção hospitalar, com formação mecanicista, biologicista e individualizante, e com necessidade de maior aproximação dos estudantes com as práticas em território, como é o caso da atuação na Atenção Primária à Saúde (APS)^{5,7,9,10,11}. Entretanto, pode-se vislumbrar um cenário favorável

de transformação para construção de novas realidades, com experiências inovadoras e reformas curriculares sendo implementadas em diversas escolas recentemente¹².

Dessa forma, no Brasil, assim como em outros países a citar exemplos na Europa, com a declaração de Bolonha, em 1999, assim como Estados Unidos e Canadá, o movimento em prol da mudança na formação médica foi ganhando espaço. Movimentos estes que envolvem mudanças nos métodos de ensino, na estrutura curricular, introdução de inovações pedagógicas como 'Aprendizagem baseada por problemas e Medicina Baseada em Evidências', e, também, o ensino com multiplicidade de cenários de prática no campo social^{13,14}.

Na Espanha, por exemplo, a inserção da atenção primária como pauta na graduação em medicina ocorreu apenas em 2008, com a definição de exigências para a verificação de graus universitários oficiais para qualificar o exercício da profissão médica. O documento contemplou diretrizes que orientaram a estruturação de disciplinas com a finalidade de que o estudante desenvolvesse competências e habilidades para o exercício médico na APS¹⁵.

No caso da Inglaterra, a formação médica é dividida em três fases: graduação, programa de fundação (*Foundation Programme*) e especialização (*Special Training*). Cada uma delas conta com requerimentos de entrada ou exames específicos. A graduação não

habilita o recém-graduado a exercer a profissão médica, ele confere plenos direitos de seguirem outros caminhos na carreira, como pesquisadores ou acadêmicos, em áreas que não envolvam a assistência direta de pacientes. A função principal da graduação em medicina é fornecer a base necessária para as fases profissionalizantes e remuneradas, por exemplo, o *Foundation Programme*, no qual os jovens médicos passam dois anos, de modo a auxiliá-los na escolha de suas carreiras profissionais e especialidades¹⁶.

Historicamente, no Brasil, projetos criados na década de 1980 e 1990, como o Programa de Integração Docente-Assistenciais (IDA), Uma Nova Iniciativa (UNI), Rede Unida e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), representaram iniciativas de transformação na formação de médicos e demais profissionais da saúde, mobilizando discussões principalmente nas universidades^{7,17}. Considera-se, contudo, que, nesse primeiro momento, a participação governamental na propulsão dessas iniciativas era ainda elementar; e pouca mudança permanente foi instalada¹⁸.

Segundo diversos autores, essas iniciativas influenciaram as discussões e mudanças operadas a partir de 2000, tanto no desenvolvimento de projetos de indução de mudanças na formação em saúde, em particular dos médicos, como na edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, a partir de 2001, e a criação do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), de 2002, em uma articulação dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC)^{2,4,19,20}. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (2006), publicado em 2006, intitulado 'Trabalhando juntos pela saúde', também foi um marco importante que impulsionou mudanças para a formação de profissionais de saúde no mundo. O documento enfatizava, além dos défices de profissionais de saúde existentes em diversas localidades do mundo e sua

irregular distribuição, problemas também inerentes à formação. Nesse documento, mudanças institucionais relacionadas com a prática de ensino, atenção ao conteúdo curricular e aos métodos pedagógicos foram incentivados²¹.

Nesse contexto, destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no âmbito do MS, em 2003, que reforçou a condução das iniciativas de educação na saúde. Inicia-se, nesse período, um segundo movimento de iniciativas e programas indutores de mudanças curriculares, fruto dessa articulação entre o MS e o MEC, agora de forma mais robusta, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e, mais recentemente, a reedição das DCN da graduação em medicina, em 2014²²⁻²⁶.

Assim como nas DCN anteriores, as diretrizes de 2014 defendem que o graduado em Medicina deve ter formação generalista, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, a partir do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Ademais, apesar de trazer em seu escopo muitas das definições já tratadas inicialmente, buscaram aprofundar a discussão sobre o conceito de competência enquanto a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde^{25,27}. Outro diferencial é o detalhamento das três áreas de competências (Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde), e respectivas subáreas, a serem desenvolvidas durante a formação, o que poderá facilitar a mudança curricular nos mais diversos cursos.

A gestão em saúde, uma das áreas de competências postas nas DCN, requer um compromisso do aluno com a responsabilização

para a tomada de decisão, o conhecimento e a escolha diagnóstica e terapêutica de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis, o compartilhamento de saberes e o trabalho em equipe. Nesse enfoque, a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional se destacam para atuação nos serviços de APS. Já a educação em saúde requer o comprometimento com a atualidade, a atualização clínica e científica de forma periódica, a gestão do conhecimento, de forma interprofissional, tutorada, comprometida e contextualizada²⁸.

Ademais, apesar de manter o internato com duração de dois anos, este deverá ter no mínimo 30% de sua carga horária total dedicada à APS e à urgência e emergência, com predomínio da APS²⁵.

A atenção à saúde na APS pauta-se nos princípios organizativos do sistema, como a garantia do acesso equitativo aos serviços, a integralidade e resolutividade na assistência e a coordenação na rede de serviços. A inserção dos alunos na comunidade, o vínculo e o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade são alguns dos pressupostos necessários. Sua aposta para reorientação do sistema público de saúde e consequente expansão reforça a necessidade e, em certa medida, o desafio para a formação de profissionais de saúde aptos a atuar nesse nível da atenção. Não obstante, esse desafio se estende à formação médica, exigindo uma preparação em maior escala de futuros médicos capacitados a atuar em equipe multiprofissional, com uma atuação clínica integral, resolutiva e sensível com relação à diversidade cultural da população^{7,29,30}.

Apesar das tentativas de modificar a fragmentação dos currículos, a desarticulação entre teoria e prática e a ênfase excessiva no componente biológico do processo de adoecer, a partir das inúmeras iniciativas de indução, a formação médica no Brasil ainda parece enfatizar o ambiente hospitalar como lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante. Embora esse cenário esteja se alterando ao longo dos últimos

anos, ainda permanecem dúvidas sobre metodologias e estratégias que, de fato, possam reverter esse contexto³¹. Nesse sentido, as novas DCN também parecem tentar cumprir esse papel, uma vez que abordam de maneira mais específica a proposição curricular.

É consensual a incapacidade de adequação das instituições de ensino à velocidade com que são exigidos novos perfis profissionais, tanto no referencial para atuação técnica específica quanto na introdução de concepções pedagógicas que desenvolvam competências para apreensão e aplicação crítica dessas novas técnicas. Tem-se, como exemplo, o crescente envelhecimento da população e o conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas, que demandam uma APS mais resolutiva a partir do uso de aportes técnicos generalistas, por vezes delegados a profissionais especialistas³². Além disso, persiste o paradigma do processo formativo e da regulação do sistema assistencial influenciado por intensa incorporação e especialização tecnológicas, ancorados pela indústria farmacêutica e pelo uso de equipamentos complexos para o diagnóstico e terapêutica, o que interpõe distorções entre as necessidades de saúde da população e a atuação na rede de serviços, bem como das instituições formadoras^{21,28,32}.

Pelo exposto, este estudo tem como objetivo central identificar elementos da formação médica no Brasil, analisando a proximidade deles com os pressupostos da atuação profissional na APS e das DCN de 2014.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quali-quantitativa. Este estudo é um recorte da pesquisa Regulação das profissões em saúde, que investigou a formação de sete profissões de saúde: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, fisioterapia, farmácia e psicologia, coordenada pelo Observatório de Recursos Humanos

em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ObservaRH/IMS/Uerj) em parceria com o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG). A abordagem quantitativa, de abrangência nacional, foi empregada para a descrição de características do processo de formação em medicina. Para tanto, foi desenvolvido um *survey*, conduzido com coordenadores/diretores de cursos de graduação em medicina, por meio da técnica de Entrevista Telefônica Assistida por Computador (Etac), entre janeiro de 2015 e junho de 2016.

O universo da Etac correspondeu ao número total de cursos de graduação em medicina existentes em 2013, conforme dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), correspondente a 206. Os gestores de todos esses cursos foram convidados a integrar o estudo, sendo que 78 (36,4%) se recusaram a participar. Ademais, não se obteve retorno de dois cursos, sendo efetuadas mais de 10 tentativas de contato; portanto, a entrevista não foi concluída. Assim, perfazendo um total de 81 perdas, a amostra final correspondeu a 125 cursos participantes da Etac, ou seja, 60,6% do quantitativo nacional para o ano de 2013.

Posteriormente, realizou-se uma análise em profundidade por meio de pesquisa *in loco*, do tipo estudo de casos múltiplos, sendo desenvolvida de agosto de 2015 a setembro de 2016, em parceria com a pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, coordenada pela Universidade de São Paulo (USP). O recorte se deu a partir das regiões de saúde, sendo 438 destas constituídas no Brasil³². A seleção de regiões de saúde para o estudo baseia-se em uma amostra nacional cujos cenários de estudo foram definidos segundo a tipologia das regiões e outros critérios definidos conforme os objetivos de análise. A tipologia fundamenta-se em indicadores municipais agregados em duas dimensões: situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços de saúde.

Optou-se por estudar múltiplos casos na tentativa de compreender mais profundamente os fenômenos relacionados com a formação de médicos no Brasil, buscando-se identificar similaridades e disparidades entre cursos de graduação de diferentes localidades, neste caso, regiões de saúde. Neste estudo, as regiões de saúde foram compreendidas como territórios geográficos delimitados e contínuos, estabelecidos por agrupamentos de municípios limítrofes, com características identitárias semelhantes e infraestrutura compartilhada, com a finalidade de integrar os serviços de saúde, conforme apregoa o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011³³.

Ao todo, foram selecionadas oito regiões de saúde brasileiras, que somavam 30 cursos de graduação em medicina em 2013. Foram realizados convites prévios aos coordenadores de todos os 30 cursos, por telefone e correio eletrônico, dos quais, nove cursos, de seis regiões de saúde, aceitaram participar mediante disponibilidade no período previsto para a coleta de dados. Considerando que algumas regiões de saúde estudadas possuem apenas um curso de medicina, elas não foram nomeadas a fim de preservar o anonimato dos respondentes; assim, optou-se por identificar os recortes de depoimentos pelo nome da região geográfica onde se localizam os cursos. Nesta amostra, todas as grandes regiões foram contempladas, sendo que, dos nove cursos, três se localizam na região Sudeste.

Os dados da pesquisa de campo foram coletados com auxílio de questionário semiestruturado elaborado, assim como o da Etac, com base nos documentos ministeriais relacionados com a APS (PNAB 2011), na Lei do Exercício Profissional da Medicina e nas DCN dos cursos de graduação em medicina de 2001 e de 2014 (atenção à saúde, gestão e promoção)^{34,35}. As entrevistas *in loco* contemplaram 54 questões relativas ao perfil do entrevistado, caracterização da instituição de ensino e curso, estrutura curricular e perfil de

competências do egresso. Por ênfase de formação, compreende-se o foco dado pelo curso a conteúdos e práticas que direcionam para a futura atuação profissional em uma área específica.

Para a construção do bloco do perfil de competências do egresso, elaborou-se um rol de ações e procedimentos típicos da APS com base na Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, que dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que dispõe da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nas DCN para os cursos de medicina (2014)^{25,35,36}. Após selecionar as ações e procedimentos, estes foram agrupados em quatro grupos, para fins de análise, sendo: (i) ações de saúde, (ii) ações gerenciais, (iii) procedimentos técnicos e (iv) procedimentos diagnósticos.

No que tange à organização curricular, verificou-se se havia ou não (i) divisão tradicional entre ciclo básico e profissional, (ii) organização dos conteúdos por meio de disciplinas, módulos integrados ou outra conformação e (iii) atividades integradas com outros cursos de saúde (Educação Interprofissional). Para a análise das áreas de atuação enfatizadas pelos cursos de medicina, optou-se por elencar os três níveis de atenção (Atenção primária, especializada e hospitalar), bem como a gestão e o preparo para docência e pesquisa, com base no que prevê as atuais DCN em seu rol de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas pelo discente ao longo da graduação.

Para a Etac, o referido questionário foi adaptado em formulário eletrônico e reduzido para 32 questões, levando em consideração o meio de aplicação do instrumento e as possibilidades de organização e análise.

Os dados capturados com a Etac foram tratados e analisados por estatística descritiva no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0. As entrevistas *in loco* foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo segundo os passos

propostos por Bardin³⁷: (1) pré-análise, etapa na qual os depoimentos já transcritos foram organizados e submetidos à leitura flutuante; (2) exploração do material, em que foram destacados os recortes de ordem semântica do *corpus* de análise; e (3) inferência e interpretação do material analisado.

Dada a magnitude da pesquisa e a alta densidade dos resultados, ressalta-se que serão apresentados apenas os resultados alinhados ao objetivo estabelecido para este manuscrito a partir de dois tópicos: Pesquisa por Etac: panorama nacional, e Pesquisa *in loco*: cursos selecionados.

Em atendimento às normas previstas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob Parecer nº 1.248.858.

Resultados

Pesquisa por Etac: panorama nacional

Dos 125 cursos analisados via Etac, a maior parte é proveniente de Instituições de Ensino Superior (IES) da rede pública (n=64; 51,2%), sobretudo de universidades federais (n=34; 27,2%). Em conjunto, os cursos de medicina pertencentes à amostra ofertam 10.256 vagas anualmente, com média de 82 vagas por curso, e com percentual médio de preenchimento de 97,2%. Do total de cursos analisados, a maior parte se encontra em municípios com mais de 100 mil habitantes (n=65; 52,0%) e nas capitais (n=43; 34,4%).

Quanto à distribuição e concentração dos cursos analisados neste estudo via Etac, o panorama segundo as grandes regiões acompanha não apenas a distribuição nacional do total de cursos de

medicina, mas reflete, também, a distribuição do total de cursos da área da saúde e de todas as áreas, ou seja, maior concentração da oferta na região Sudeste. No caso do presente estudo, 44,4% dos cursos analisados situam-se nessa região.

Os gestores de curso entrevistados eram, em sua maioria, do sexo masculino (n=72; 57,6%), graduados em medicina (n=116; 92,8%) e doutores (n=72; 57,6%). A média de idade do conjunto de gestores foi de 53,4 anos; o tempo médio de formação e de tempo no cargo de gestor de ensino foi de 29,5 anos e de 4,2 anos, nesta ordem.

Organização curricular

A maior parte dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos analisados foi atualizada em 2015-2016 (54,4%). Em relação à ênfase de formação do curso, os coordenadores foram inqueridos em relação a algumas áreas de atuação, as quais foram classificadas em uma escala de 1 a 6, em que 1 corresponde à área de menor ênfase e 6, a de maior ênfase. Verifica-se, na *tabela 1*, que as áreas mais enfatizadas, na visão dos respondentes, são a APS e a atenção especializada, enquanto as de menor ênfase são a docência e a gestão.

Tabela 1. Ênfases de formação dos cursos de graduação em medicina segundo os gestores entrevistados por Etac. Brasil, 2015-2016 (n=125)

Áreas de atuação	Classificação da ênfase de formação sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase* (%)						NR (%)	Total (%)
	1	2	3	4	5	6		
	Gestão de serviços de saúde	24,8	26,4	24,8	10,4	8		
Docência	32,8	25,6	15,2	4,8	7,2	13,6	0,8	100
Pesquisa	12,8	24	37,6	11,2	6,4	7,2	0,8	100
Atenção Primária	2,4	0	5,6	14,4	12,8	64	0,8	100
Atenção Especializada	7,2	2,4	11,2	17,6	46,4	14,4	0,8	100
Atenção Hospitalar	2,4	5,6	9,6	38,4	24	19,2	0,8	100

Fonte: Dados das entrevistas telefônicas, 2015-2016.

*Classificação em uma escala de 1 a 6, sendo 1 a área de menor ênfase e 6 a de maior ênfase.

Na maioria dos cursos pesquisados, a estrutura curricular é organizada por disciplinas (n=64; 51,2%), porém, já se mostra expressiva a adoção de outras formas de organizações curriculares no universo pesquisado, como a disposição de conteúdos em módulos (n=41; 32,8%) e eixos temáticos (n=13; 10,4%). Verificou-se, ainda, que a Educação Interprofissional (EIP) destacou-se como tendência curricular por meio de atividades integradas e compartilhadas com estudantes de outros cursos, estando previstas em 78 (62,4%) da matriz curricular dos cursos analisados via Etac.

Em relação à carga horária total, o conjunto de cursos destina maior tempo médio para a oferta de conteúdos teórico-práticos (3.792 horas), seguidos pelos estágios e internatos (3.373 horas) e pelos conteúdos teóricos (3.153 horas).

Cenários de prática

Em relação aos locais onde os alunos realizam aulas práticas e/ou estágios, foram listadas 12 opções para os entrevistados, que poderiam selecionar quantos campos fossem

necessários e, ainda, apresentar outros. Na *tabela 2*, verifica-se que, entre os cenários mais comumente utilizados, figuram as

unidades de APS (100%), os hospitais gerais (99,2%) e as unidades de pronto atendimento (94,4%).

Tabela 2. Caracterização dos cenários de práticas utilizados nos cursos de medicina analisados. Brasil, 2015-2016 (n=125)

Cenários	%
Unidades de atenção primária	100,0
Hospitais gerais	99,2
Unidades de pronto atendimento	94,4
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	91,2
Policlínicas/ambulatórios/clínicas	88,8
Hospitais especializados	81,6
Centros de Atenção Psicossocial	80,8
Lar de idosos	56,0
Creches e/ou escolas	52,8
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais ou similares	48,0
Residências terapêuticas	40,3
Empresas	22,4
Outro(s)	13,6

Fonte: Dados das entrevistas telefônicas, 2015-2016.

No que se refere ao acompanhamento dos discentes durante as práticas/estágios na APS, o mais comum é que eles sejam assistidos pelo próprio corpo docente do curso (n=121; 96,8%) e pelos profissionais da saúde das unidades (n=102; 81,6%), mas também se verificou que a maioria dos cursos contrata preceptores para este fim (62,4%).

Perfil de competências do egresso de medicina

No intuito de compreender a preparação profissional empiricamente oferecida aos alunos, foram elencados procedimentos e ações típicas da APS. Assim, para cada ação ou procedimento, foi perguntado aos coordenadores se os alunos recebiam preparação para executá-los durante as práticas e estágios da graduação.

As respostas apresentadas na *tabela 3* indicam que os cursos analisados nessa amostra fornecem conteúdos necessários para capacitar os alunos para realizar a maioria das ações e procedimentos listados, contudo, na medida em que se avança para ações e procedimentos mais comuns entre algumas especialidades médicas, especialmente oftalmologistas e psiquiatras (como realização de fundoscopia e acompanhamento de pacientes psiquiátricos), e para as práticas e ações mais gerenciais que notadamente exigem trabalho em equipe (como construção de protocolos clínicos e terapêuticos, educação permanente e coordenação de equipes), as proporções diminuem, ou seja, revelando ser competências menos desenvolvidas durante o curso.

Ainda sobre os dados da *tabela 3*, as médias das respostas indicam maior preparo

para o conjunto do grupo de procedimentos diagnósticos (89,5%), ações de saúde (87,4%) e procedimentos técnicos (80,9%), tendo as ações gerenciais a menor média entre os

grupos (6,7%), dado que corrobora aquele que indica a gestão em saúde como uma área pouco enfatizada na formação médica.

Tabela 3. Percentual de entrevistados concordantes, concordantes parciais e discordantes quanto aos alunos serem preparados, durante a graduação em medicina, para desenvolverem ações e procedimentos de saúde selecionados. Brasil, 2015-2016 (n=125)

Ações e procedimentos	Sim	Parcialmente	Não	NR
Ações de saúde				
Atendimento a pacientes com hipertensão e diabetes	99,2	0	0	0,8
Atendimento à criança (puericultura)	97,6	1,6	0	0,8
Atendimento ginecológico	97,6	1,6	0	0,8
Atendimento obstétrico	96,8	2,4	0	0,8
Tratamento de dermatites	96	3,2	0	0,8
Tratamento de verminoses	96	2,4	0	1,6
Atendimento a pacientes com quadro de insuficiência respiratória aguda	92,8	4,8	1,6	0,8
Tratamento de micoses	92,8	5,6	0	1,6
Atendimento urgência e emergência	89,6	8,8	0,8	0,8
Tratar de deficiências nutricionais	89,6	9,6	0	0,8
Acompanhamento pré-natal de risco	76	16,8	6,4	0,8
Acompanhamento de pacientes psiquiátricos	67,2	18,4	13,6	0,8
Atendimento de urgências e emergências psiquiátricas	44,8	31,2	21,6	2,4
Média	87,4	8,2	3,4	1,0
Ações gerenciais				
Planejar e realizar ações de promoção da saúde em conjunto com a equipe	95,2	4	0	0,8
Realizar notificação compulsória	95,2	3,2	0	1,6
Atestar óbito	90,4	8,8	0	0,8
Planejar e participar de campanhas de vacinação	76,8	14,4	4,8	4
Participar da construção de protocolos clínicos	68	18,4	9,6	4
Coordenar uma equipe multidisciplinar	65,6	27,2	4,8	2,4
Supervisionar ações individuais e coletivas de profissionais de saúde	60,8	32,8	4,8	1,6
Participar dos processos de avaliação de qualidade de serviços de saúde	50,4	34,4	12	3,2
Organizar processos de educação permanente para os profissionais sob supervisão	42,4	38,4	16	3,2
Planejar a distribuição de recursos humanos necessária para a realização das atividades de saúde	38,4	39,2	18,4	4
Planejar a realização de compra de materiais, insumos e suprimentos	17,6	38,4	40	4
Média	63,7	23,6	10	2,7

Tabela 3. (cont.)

Procedimentos técnicos				
Realizar curativo	97,6	0,8	0	1,6
Realizar sutura	96,8	0,8	0,8	1,6
Realizar anestesia local	94,4	0,8	3,2	1,6
Realizar Papanicolau	94,4	2,4	0,8	2,4
Realizar incisão e drenagem de abscessos	92,8	4	0,8	2,4
Realizar otoscopia	90,4	6,4	0,8	2,4
Realizar remoção de cerume	80,8	5,6	10,4	3,2
Realizar lavagem gástrica	80,8	8,8	5,6	4,8
Remover lesões de pele	77,6	12,8	7,2	2,4
Realizar exame de fundo de olho (fundoscopia)	76	18,4	4,8	0,8
Remover corpo estranho do ouvido	66,4	16	14,4	3,2
Realizar teste da orelhinha	61,6	10,4	19,2	8,8
Remover corpo estranho da córnea ou conjuntiva	41,6	15,2	38,4	4,8
Média	80,9	7,9	8,2	3,1
Procedimentos diagnósticos				
Exames laboratoriais	99,2	0,8	0	0
Raios-X simples	99,2	0	0	0,8
Eletrocardiograma	97,6	1,6	0	0,8
Resultado de Papanicolau	96	3,2	0	0,8
Resultado de teste tuberculínico	92	4	0,8	3,2
Resultado de ultrassom	83,2	13,6	0,8	2,4
Resultado de ressonância magnética	59,2	30,4	8,8	1,6
Média	89,5	7,7	1,5	1,4
Média do conjunto	79,9	11,9	6,2	2,1

Fonte: Dados das entrevistas telefônicas, 2015-2016.

Pesquisa *in loco*: cursos selecionados

Na pesquisa de campo, primou-se por aprofundar questões que não seriam possíveis na modalidade Etac, como a percepção quanto às novas DCN para a medicina e as possíveis potencialidades e fragilidades relacionadas com o preparo dos alunos para futura atuação na APS.

Dos nove entrevistados nessa etapa, seis eram responsáveis por cursos públicos. Quanto à localização, três são da região Norte, três da Sudeste e um de cada uma das

demais grandes regiões do País. Todos os entrevistados eram médicos, dos quais sete homens. A média de idade dos respondentes foi de 51,1 anos, e o tempo médio de formação e de tempo no cargo de gestor de ensino foi de 26,1 e 2,6 anos respectivamente.

Expectativa quanto às novas DCN para a graduação em medicina

Com relação à atualização do PPP, apenas dois dos nove cursos haviam atualizado os currículos em anos anteriores a 2014 e,

portanto, antes da promulgação das novas DCN. Sobre isso, foi perguntado aos respondentes a sua percepção sobre o grau de indução das diretrizes para a mudança na formação médica. A maioria afirmou que as diretrizes tendem a provocar poucas mudanças na formação, especialmente por não oferecerem alternativas para superação de desafios relacionados com o quantitativo insuficiente e com a ausência de capacitação docente: *“Sinceramente, acho que vai mudar pouco em termos de formação e atuação do médico, pelo menos enquanto não tiver uma política de formação docente”* (Região Norte); e ainda: *“Nosso corpo docente não está preparado para um processo de formação que contemple metodologias ativas e a autonomia do aluno, a resistência continua”* (Região Centro-Oeste). Outra fala que expressa baixa expectativa dos coordenadores no que tange ao poder de indução das novas DCN para a formação médica:

Para as diretrizes funcionarem é preciso ter corpo docente, quantitativo suficiente. A atual relação de docentes-alunos inviabiliza uma melhor inserção dos alunos nos campos de prática. (Região Nordeste).

Um coordenador chama atenção para o descompasso entre o mercado de trabalho em saúde e as exigências de formação.

Na universidade você não consegue formar um profissional para o SUS se o governo não valoriza o SUS. Os profissionais que nós formamos vão todos para o sistema privado porque o governo investe mais no sistema privado do que no SUS. (Região Norte).

A ênfase da formação e o perfil do egresso

Dos coordenadores entrevistados *in loco*, 78% informaram que o atual processo de formação de médicos de seus cursos de

graduação enfatiza principalmente a área hospitalar e especializada, em desacordo com os dados capturados pela Etac. Chamou a atenção o descompasso entre a percepção desses coordenadores e a dos coordenadores entrevistados via Etac, já que, nessas entrevistas *in loco*, a possibilidade de resposta no formato aberto possibilitou que estes comentassem para além das questões pontuadas no *Survey* via Etac. Assim, entre os motivos citados para a adoção de um modelo de formação de caráter hospitalar estão: a demanda do aluno, que entra no curso com uma especialidade já escolhida, e o despreparo e resistência dos docentes em reordenar a lógica de formação.

O foco dos alunos é especialidade. Via de regra já estão com as especialidades escolhidas. Temos muitas ligas, de neurologia, cardiologia, oftalmologia, que é uma especialização precoce, no nosso entendimento. (Região Centro-Oeste).

Outrossim, para todos os coordenadores entrevistados, apesar de serem contemplados nos PPP, os cenários de prática na APS constituem-se como um dos principais entraves para uma formação mais generalista e para o preparo do aluno para atuação profissional nesse nível de atenção. Dentre as dificuldades, foram destacadas a rotatividade ou ausência de médicos nas equipes de APS e a precária infraestrutura física das unidades.

O problema é a estrutura da atenção básica e, também, a grande rotatividade de médicos. Então, às vezes você programa uma atividade na unidade para a turma e, de repente, o médico sai e a unidade fica sem esse profissional. E aí tem que tentar remanejar para outra unidade. (Região Sudeste).

Outra situação-problema destacada foi a competição por campos de prática entre as instituições públicas e privadas. Segundo os coordenadores, para assegurar esses espaços, as instituições privadas fornecem

contrapartidas financeiras às unidades e/ou contratam preceptores específicos para acompanhamento do aluno, estratégias que, via de regra, não podem ser adotadas pelas instituições públicas.

Os cenários são muito disputados pelas instituições privadas, que também são obrigadas a passar por esses campos. Então, elas usam algumas estratégias, como contratar o profissional que está naquele setor para ficar com os alunos. [...] Nós não podemos pagar. (Região Norte).

Apesar dos problemas enfrentados, os respondentes classificam a matriz curricular do curso como boa ou muito boa quanto ao preparo de médicos para atuação na APS: “Eu acho que a matriz é excelente. O formato possibilita a inserção dos alunos na atenção primária desde o início do curso” (Região Sudeste; Região Nordeste).

Quando questionados sobre o perfil dos egressos, os entrevistados o descreveram como sendo, em geral, generalista, tal como apregoam as DCN: “médico generalista, com aptidão para trabalhar no SUS nos três níveis de atenção” (Região Nordeste, Sul e Sudeste). Alguns deles, inclusive, leram o perfil descrito no PPP do curso.

Dois coordenadores, no entanto, assumem que a matriz curricular voltada para a especialização resulta em um profissional com esse perfil.

Os alunos se preparam para especialização em residência, inclusive não se dedicam muito ao internato. [...]. Se eles vão direto para o mercado de trabalho é temporário até passarem na prova de residência, e geralmente é na ESF [...] não gostam e não valorizam, mas vão porque é mais fácil, porque não precisa fazer concurso, você vai e pega um contrato com a prefeitura e começa a trabalhar. (Região Centro-Oeste).

Entre o que a gente quer e o que sai, se tem um meio termo. O nosso aluno ainda sai muito voltado para a especialização, nós ainda temos uma

matriz curricular com o viés da especialização, e isso talvez contribua para este perfil. E olha que isso foi modificado com base na última versão do PPP. (Região Norte).

No que diz respeito à organização curricular, a maior parte dos cursos analisados in loco apresenta divisão tradicional por meio de disciplinas isoladas (n=7). Em dois deles, verifica-se um processo de transição, em que se busca um modelo de ensino mais interprofissional, com indução à vivência multiprofissional com demais cursos da área da saúde. Acerca disso, um dos coordenadores afirmou:

A partir das novas diretrizes temos procurado readequar o modelo de formação. Ainda temos muito o que avançar, especialmente para prepará-los para atuação na Atenção Primária, trabalhar em equipe etc. Temos trabalhado para um modelo curricular menos fragmentado e com mais vivência com outras graduações de saúde. (Região Sudeste)

Discussão

O fortalecimento de sistemas nacionais de saúde que se baseiam em uma APS robusta passa por questões cruciais, tal como a formação de profissionais de saúde com o preparo adequado para atuar nesse ponto da atenção. A APS, enquanto estratégia adotada para reorientação do SUS e sua consequente expansão, impulsionou para a maior necessidade de formar profissionais aptos para atuar no trabalho em equipe multiprofissional na busca da integralidade do cuidado. Assim, se por um lado um nó crítico para o fortalecimento da APS é a provisão de profissionais (sobretudo médicos) para atuação nas unidades básicas de saúde, por outro, a qualificação e adequação da formação médica para a APS também se faz imperativa^{7,38-40}.

Os resultados do presente estudo trazem

contribuições para este debate e revelam, no universo estudado, diferenças entre os cursos no que tange aos aspectos curriculares, com ênfases distintas quanto ao foco do ensino; em parte, revelando o processo de modificação em curso nas escolas médicas nos últimos tempos, tal como assinalam alguns estudos^{7,18}. Destarte, enquanto os cursos analisados via Etac apresentaram maior ênfase curricular voltada para a APS, verificou-se que os cursos analisados *in loco* mostraram maior ênfase no nível hospitalar.

Pode-se, contudo, desvelar por meio da pesquisa *in loco* que entre as fragilidades para maior inserção dos alunos nos campos de prática da APS está a “competição” entre as IES públicas e privadas. Se por um lado a análise da Etac apontou que todos os cursos (esfera pública e privada) se utilizam dos campos da APS para as suas práticas, estando garantido pela readequação dos PPP; por outro, por meio da pesquisa *in loco*, pôde-se compreender as dificuldades para a inserção dos alunos nesses campos. Isso se deve ao fato de que maior parte das IES privadas não possui serviço próprio de saúde, utilizando-se da rede instalada do SUS, competindo com as IES públicas pela demanda por campos de estágios. Estas últimas, por sua vez, apresentam enorme desvantagem na oferta de contrapartida financeira e estrutural para o serviço em relação às IES privadas.

Estes achados apontam que, apesar da modificação nos PPP com vistas a contemplar a APS esteja sendo realizada com mais efetividade, é necessário concentrar mais esforços para que, na prática, garanta-se a operacionalização desses projetos políticos pedagógicos, haja vista as fragilidades apontadas pelos respondentes *in loco*.

Ainda sobre os campos de prática, Izecksohn et al.⁴¹ destacaram que, além da garantia da inserção no cenário da APS, a existência de docentes e preceptores qualificados e experientes no âmbito da atenção primária é essencial para a construção de uma APS de qualidade, garantindo assim o desenvolvimento de competências

adequadas e promovendo a articulação entre a teoria e a prática.

Não é novo o entendimento de que o papel do docente tem sido considerado determinante para o êxito das iniciativas de indução de mudanças curriculares^{42,43}. Assim, resultado deste estudo que também merece destaque é o que aponta o despreparo e a resistência dos docentes como empecilhos para o reordenamento da lógica de formação médica. Historicamente, os formadores tendem a assumir os mesmos modelos didáticos pelos quais foram formados, implicando um processo de reprodução e legitimidade das práticas pedagógicas mais tradicionais. Intervir nesse processo de naturalização profissional exige, dessa forma, um trabalho sistematizado de reflexão e educação permanente, baseado na desconstrução da experiência⁴⁴⁻⁴⁶.

Sobre esse aspecto, as diretrizes de 2014 dispõem que o curso de graduação em medicina deverá manter programa permanente de desenvolvimento e valorização docente, a fim de dar sustentabilidade aos processos de mudanças idealizados pelo novo texto das diretrizes^{24,42}. Isto porque é o docente que possibilita pôr em prática o que documentalmente está posto nos projetos pedagógicos do curso, dado que, enquanto mediador do processo ensino-aprendizagem, é dele dependente o emprego de metodologias eficazes para a apresentação dos conteúdos curriculares, que viabilizarão o desenvolvimento das competências profissionais⁴⁴.

Para tanto, não basta apenas o melhor desempenho docente, também é importante que a matriz curricular esteja adequada ao modelo de formação que se quer adotar. Nessa direção, as DCN de 2014 orientam para uma composição curricular plural que desenvolva competências para atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde, e que contemple a inserção precoce do aluno nos diferentes serviços do SUS, em especial na APS e urgência e emergência, para que vivenciem o trabalho em equipe multiprofissional e lidem com problemas de saúde reais²⁴.

Com o objetivo de garantir uma formação médica alicerçada no sistema nacional de saúde e que resulte em um profissional com perfil capaz de lidar com os problemas de saúde mais prevalentes, inúmeras iniciativas político-pedagógicas vêm sendo adotadas pelo MS. Busca-se, incisivamente, redirecionar o modelo curricular hegemônico dos cursos de graduação em medicina, que fragmenta a formação em dois ciclos (básico e profissional) e tem por objeto central a doença, para um que seja integrador e promotor de saúde^{11,17,18}. Acerca dessa fragmentação, o ensino médico ainda mantém uma forte dissociação entre a teoria e a prática, em que o aprendizado é compartimentado, acabando por fragmentar o conhecimento, contribuindo para o surgimento da escolha da especialização de maneira precoce, além de hipervalorizar as partes em detrimento do todo^{11,18}.

Vieira⁴⁷, que realizou pesquisa com cursos de medicina do estado do Rio de Janeiro, evidenciou que há heterogeneidade quanto à abordagem de conteúdos referentes à APS na estrutura curricular dos cursos. Outro achado se deve à tendência de descontinuidade dessas disciplinas, que se concentram nos primeiros anos de formação e depois são retomados no internato. Há, então, além de uma lacuna durante a graduação médica, baixa conexão entre os conteúdos teóricos e práticos.

Para Gomes⁴⁸, o modelo, concentrado fortemente no âmbito hospitalar, impõe ao estudante, majoritariamente, o conhecimento da doença, mas não do sujeito e de seu ambiente familiar, social, ambiental e de trabalho.

Campos⁴⁹ aponta que valorizar o ensino da APS é atender a uma demanda social relevante. Argumenta que a APS não se desenvolverá plenamente enquanto não contar com médicos aptos e qualificados para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada e participar de atividades coletivas e de gestão. Somando-se a isso, a escolha precoce de uma especialidade médica ainda no âmbito da graduação é geralmente aceita e, em certa medida, estimulada em muitos cursos de medicina. Esse quadro,

por sua vez, contribui para o desinteresse dos alunos, especialmente, pelas áreas tidas por eles como ‘mais básicas’, como é o caso da medicina de família e comunidade⁵⁰. A fragmentação curricular e a ênfase nas especialidades de forma precoce também têm sido apontadas por contribuir para a segmentação do trabalho do futuro médico, colaborando para a menor percepção da globalidade inerente à formação de um perfil de médico generalista em nível de graduação⁵⁰⁻⁵².

Assim, o ensino fragmentado em especialidades contribui para um egresso que terá dificuldades em lidar com o cotidiano dos usuários⁵⁰. Sobre isso, este estudo identificou que, apesar da fragmentação curricular caracterizada pela subdivisão em disciplinas ainda ser predominante entre os cursos de medicina analisados, outras modalidades de organização vêm sendo adotadas, a exemplo do currículo modular. Além disso, já se observam tentativas de avançar para modelos pedagógicos que incluam atividades integradas com alunos de outras profissões da saúde, tal como previsto nas DCN de 2014.

Em seu texto, as novas diretrizes apontam orientações voltadas para o desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas e enfatizam que o graduando em medicina deverá aprender interprofissionalmente, a partir da troca de saberes com alunos e profissionais das diversas categorias da área da saúde^{24,44}, pressupostos basilares da Educação Interprofissional em Saúde (EIP).

A EIP, definida como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e a qualidade da assistência”^{4,53}, é assumida globalmente como recurso potente para melhoraria dos sistemas e dos resultados da atenção à saúde⁵⁴. Nessa perspectiva, tem sido adotada em cursos profissionais de diferentes países, como Canadá, EUA, Reino Unido, Austrália e, mais recentemente, Brasil⁵⁵⁻⁵⁸.

Estudo realizado por Silva⁵⁹, que analisou a implantação da EIP na Faculdade de Medicina de Marília, identificou a melhor

aprendizagem para atuação dos futuros médicos em um contexto de trabalho em equipe, tão essencial na APS, como uma das potencialidades dessa estratégia. Nesse tocante, a presente pesquisa demonstrou que os conteúdos relacionados com o trabalho em equipe estão entre aqueles menos oferecidos pelos cursos analisados por Etac. Esse resultado pode ser fruto da própria dificuldade dos docentes em superar a ideia da hegemonia médica, que, por consequência, repassam isso aos alunos.

É preciso, em concomitância com as mudanças que se exigem no campo de formação, estruturação e oferta de serviços de saúde coerentes com o modelo de saúde nacional, o estabelecimento de contratos entre a rede de ensino e saúde que viabilize cenários de prática para todos os estudantes, fortalecendo a integração entre ensino-serviço-comunidade⁶⁰. Não obstante, ainda em nível de proposições para o fortalecimento da abordagem da APS nos cursos de medicina e superação dos desafios apontados, estão: investir, necessariamente, em monitoramento e avaliação do processo de implantação das novas diretrizes curriculares da medicina; promover o processo de educação continuada dos docentes e preceptores para o desenvolvimento das competências requeridas para as mudanças necessárias para o alinhamento de uma formação mais próxima à realidade da APS; ampliar a inserção de profissionais com formação específica em saúde coletiva, atenção primária e medicina de família e comunidade, no corpo docente das IES, além de fortalecer estratégias importantes, como Versus e PET Saúde, voltadas para a formação na atenção primária.

Considerações finais

Esta pesquisa buscou apresentar um panorama da formação médica do País, localizando os aspectos que se aproximam e/ou se distanciam das DCN de 2014 e das competências

requeridas para a atuação profissional na APS.

Cumprido ressaltar que, apesar de a pesquisa não ter alcançado 100% do universo pretendido, considera-se que o percentual de participantes foi capaz de fornecer dados importantes para a descrição do panorama nacional e das diferenças existentes entre os cursos de medicina quanto à formação, resguardadas as devidas precauções de generalização dos dados. Isto, pois, os dados obtidos nas diferentes etapas foram confrontados entre si e com a literatura científica especializada sobre o tema.

Não se pretendeu traçar comparações entre os cursos estudados nas diferentes etapas, dadas as diferenças amostrais e metodológicas, mas, sim, oferecer informações complementares. A Etac, a partir de uma mostra mais robusta, permitiu-nos caracterizar os currículos dos cursos de medicina do País; o estudo *in loco*, por sua vez, ajudou-nos a desvelar as fragilidades e as potências no que concerne à operacionalização desses currículos.

Se, de um lado, verifica-se inclinação para uma formação médica generalista, assentada nas disposições das DCN, de outro, apreende-se que as dificuldades relacionadas com o corpo docente e com os cenários práticos podem limitar as mudanças que se desejam alcançar.

De tal sorte, os achados da pesquisa indicam o caminho que está sendo desenhado após a implantação das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina, sugerindo que muito se avançou, mas que também são muitos os passos que ainda precisam ser dados, em especial em prol do desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo em equipe.

É preciso salientar que, em virtude da pesquisa ter sido realizada logo após a promulgação das novas DCN e do prazo de adequação a elas ainda não ter expirado, novas pesquisas devem ser viabilizadas no sentido de explorar as condutas adotadas pelos cursos que ainda não atualizaram seus PPP, bem como de dar visibilidade para iniciativas de formação inovadoras que possam ser replicadas. ■

Referências

1. Ferreira MA. Educação Médica no Século XXI: O Desafio da Integração da Tecnologia e Humanidades. *Rev. Gazeta Médica*. 2016; 4(3):156-161.
2. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? *Interface - Comunic. Saúde Educ.*, 2008; 12(24):125-40.
3. Gomes AP, Rego S. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? *Revista brasileira de educação médica*. 2011; 35(4):557-566.
4. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro*. 2008; 32(3):333-346.
5. Ayres JRC, Rios IC, Schraiber LB, et al. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013; 37(3):455-463.
6. Lampert JB. Na transição paradigmática: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. *Cadernos da Associação ABEM* 2004;1: 23-25.
7. Almeida-Filho N, Lopes AA, Santana LAA, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Revista brasileira de educação médica*. 2015; (39):123-134.
8. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*. 2001; 8(1):49-69.
9. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, et al. A Integração das Disciplinas de Humanidades Médicas na Faculdade de Medicina da USP – Um Caminho para o Ensino. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(1):112-121.
10. Almeida-Filho N. Higher Education and Health Care in Brazil. *The Lancet*. 2011; 377/9781:1898-1900.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [online]. 2011 [acesso em 2018 jun 2]; (11):60054-8. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext?code=lancet-site).
12. Nogueira MI. As mudanças na educação médica em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(2): 262-270.
13. Santos JLF, Westphal M. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud. av.* 1999 [acesso em 2018 ago 19]; 13(35):71-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141999000100007&lng=en&nrm=iso.
14. Gonçalves G. Ensino da saúde pública baseada na evidência, *Acta Med Port.* 2011; 24(2):467-478.
15. Campos JJB, Foster AC, Freire Filho RJ. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. *Espaço para Saúde*. 2016; 17(1):121-129.
16. Norman, AH. A formação em medicina de família no Brasil: a necessidade de caminhos convergentes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014; 9(30):1-2.
17. Teixeira CFS, Coelho MTD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(6):1635-1646.
18. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jun 2]; (38):97-125. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&tln=pt.
19. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudan-

- ça na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2010; 20(2):551-570.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed). *Diário Oficial da União*. 1 Abr 2002.
21. Organização Mundial De Saúde - OMS. Trabalho juntos pela saúde: relatório mundial de saúde 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
22. Oliveira NA. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007. p. 201
23. Pierantoni CR, França T, Magnago C, et al. Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010. Rio de Janeiro: CEPESC; 2012.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Jun 2014.
26. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013.
27. Brasil. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES/MEC nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 28 Set 2001.
28. Savassi LCM, Dias EC, Gontijo ED. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. *Revista Docência do Ensino Superior*. 2018; 8(1):189-204.
29. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-1958.
30. Batista CB, Gonçalves L. Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde. In: Kind L, Batista CB, Gonçalves L, organizadores. *Universidade e Serviços de Saúde: Interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011.
31. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev. Bras. Educ. Med.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jun 2]; 36(4):541-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014>.
32. Pierantoni CR, Viana ALA, Tavares RAW, et al. Avaliação do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde: uma proposta de metodologia. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa PS, Belisário SA orgs. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises*. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2003.
33. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2011.
34. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da*

- União. 11 Jul 2013.
35. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 22 Out 2011. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. INICIAL-140, SETEMBRO 2018 A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde 139
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Renases- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Renases. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012b. [acesso em 2018 jun 28]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>.
 37. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 38. Thumé E, Accioli S, Fehn A et al. A formação de recursos humanos para o SUS avanços, desafios e estratégias. [Texto preparatório - Abrascão]. 2018. [acesso em 2018 jun 10]. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Thume%CC%81Accioliet-alAFormacaoepraticame%CC%81dicoseenfermeiros2018.pdf>.
 39. Giovanella L, Romero RV, Silva HT, et al. Atención primaria de salud en Suramérica: Reorientación hacia el cuidado integral? In: Giovanella L, organizadora. Atención Primaria de Salud en Suramérica. ISAGS: Unasur; 2015.
 40. Anands BT. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. Health Policy; 2012;105(2):185-191.
 41. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, et al. Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Ciênc Saúde Colet. 2017;22(3):737-746.
 42. Freire Filho JR, Viana CM, Forster AC, et al. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. J. Interprof. Care [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 2]; 31(6):754-60. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1346592>
 43. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. Trab. Educ. Saúde. 2016; 14(2):473-86.
 44. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, et al. Nurse training in health in different regions in Brazil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 8]; 17(Supl 1):219-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100010>.
 45. Alves CRL, Belisário SA, Lemos JMC, et al. Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. Rev. Bras. Educ. Med. [internet] 2013 [acesso em 2018 jun 8]; 37(2):157-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200002&lng=en&tlng=pt.
 46. Vieira JE, Tamousauskas MRG. Avaliação das resistências de docentes a propostas de renovações em currículos de graduação em medicina. Rev. Bras. Educ. Med. [internet]. 2013 [acesso em 2018 jun. 8]; 37(1):32-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011>.
 47. Viera SP. Abordagem da Atenção Básica nos cursos de graduação em medicina: o panorama do estado do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. 163p.
 48. Campos GWS. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: Diretrizes. 2005. No prelo.
 49. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev. bras educ. med. 2012; 36(4):541-549.
 50. Cabral Filho WR, Ribeiro VMB. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. Rev. bras educ.

- med. 2004; 28(2):133-144.
51. Bittencourt-Costa JR, Romano VF, Costa RR, et al. Active teaching-learning methodologies: medical students views of problem-based learning. *Rev. bras educ. med.* 2011; 35(1):13-19.
52. Barr H, Hammick M, Freeth D, et al. Evaluating interprofessional education: a UK review for health and social care. London: BERA/CAIPE; 2000.
53. Institute of Medicine. Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice. Washington (DC): The National Academies; 2013.
54. Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
55. McNair R, Stone N, Sims J, et al. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *J. Interprof. Care* [internet]. 2005 [acesso em 2018 jun 6]; 19(6):579-94. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820500412452>.
56. Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
57. Frutuoso MFP, Junqueira V, Capozzolo AA. A experiência de formação (em) comum de nutricionistas na Unifesp, campus Baixada Santista. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 9]; 41(112):298-310. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711224>.
58. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educar em Revista* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 8]; (39):159-75. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011>.
59. Balduino AS, Veras RM. Analysis of Service-learning activities adopted in health courses of Federal University of Bahia. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 10]; 50(spe):17-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300003>.
60. Costa, JRB, Romano VF, Costa RR, et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. *Rev. bras. educ. med.* 2014; 38(1):47-58.

Recebido em 11/06/ 2018

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Ministério da Saúde (MS)

Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas

Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives

Luiz Augusto Facchini¹, Elaine Tomasi², Alitéia Santiago Dilélio³

DOI: 10.1590/0103-11042018S114

RESUMO O ensaio reúne avanços, problemas e propostas sobre a qualidade da Atenção Básica no Brasil, com ênfase na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde. Estudos sobre acesso e qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciam avanços na ampliação das coberturas da ESF e do acesso da população, na melhoria da estrutura dos serviços, na provisão de médicos e na cobertura de ações de saúde. Persistem problemas de estrutura, com destaque para a disponibilidade de insumos essenciais e de tecnologias de informação e comunicação. A organização e a gestão dos serviços e a prática profissional das equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar dos padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos. Propõe-se a universalização do modelo de atenção da ESF no Brasil com garantias de aportes na estrutura dos serviços de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde com dedicação integral. Programas de educação permanente, institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação em equipes locais e a realização de ‘mutirões de qualidade’ estimulam a melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The essay brings together advances, problems and proposals on the quality of Primary Health Care in Brazil, emphasizing the comprehensiveness of care, expressed in the completeness of health actions. Studies on access and quality of the Family Health Strategy (FHS) highlight advances in the expansion of population coverage and access of health actions, in the improvement of the structure of services, and provision of doctors. Structural problems persist, with emphasis on the availability of essential inputs and information and communication technologies. The organization and management of the services and of the professional practice of the teams suffer from a systemic problem of incompleteness of the offer of actions and health care, despite the references standards, guidelines, goals and protocols. We propose the universalization of FHS in Brazil with guarantees of investments in the structure of the services, complete team with doctors, nurses, dentists, nursing technicians and Community Health Agents with full dedication. Programs of continuous education, institutionalization of monitoring and evaluation*

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Família (Profsaúde) e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170>
luizfacchini@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Família (Profsaúde) - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7328-6044>
tomasiet@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6718-2038>
aliteia@gmail.com



practices in local teams and the accomplishment of 'quality collective efforts' stimulate the systemic improvement of the FHS in Brazil, contributing to the reduction of health inequalities.

KEYWORDS *Quality of health care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health policy. Health evaluation.*

Introdução

O crescente interesse em avaliar avanços e lacunas da Atenção Primária à Saúde (APS) nos últimos 30 anos¹⁻⁸ tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade. Utilizando modelos conceituais e metodológicos criteriosos e reconhecidos internacionalmente^{4,6,8-12}, as pesquisas avaliativas no Brasil impulsionaram o conhecimento sobre a ESF, inclusive com abordagens sobre a qualidade dos serviços de saúde. A definição de qualidade do cuidado é tarefa complexa e essencial para a avaliação das políticas e intervenções em APS¹³. Pesquisas de grande envergadura sobre a qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes associadas à implantação de políticas¹⁴⁻¹⁶, ainda esbarram em dificuldades, que englobam desde a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados¹⁷⁻²⁰.

Desde meados do século XX, a qualidade da atenção à saúde mobiliza o interesse acadêmico nos Estados Unidos e na Europa^{21,22}. No Brasil, a ênfase no tema era incipiente antes do SUS, ganhando relevância com sua expansão e consolidação²³. Originalmente, qualidade expressava o juízo de valor do usuário sobre o cuidado médico^{24, 25}. Com o tempo, o conceito passou a englobar

estimativas do grau em que os cuidados potencializam a recuperação da saúde do usuário e reduzem a probabilidade de maleficência, em comparação com parâmetros apropriados²⁶. O desenvolvimento da fundamentação teórica e metodológica, de critérios e indicadores para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de saúde é estratégico para a padronização de instrumentos, a identificação de áreas que precisam de maior atenção ou a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço^{4,17-19}.

Desde sua publicação, em 1966, Donabedian desenvolveu por mais de duas décadas um dos modelos mais referidos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde^{22,24}. A utilidade da tríade estrutura, processo e resultado para avaliar os serviços de saúde se multiplicou em todo o mundo após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, na República do Cazaquistão. Convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Conferência demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. A Conferência produziu o consenso de que a APS universal, integral e equitativa era o modelo de atenção qualificado para alcançar um nível de saúde que permitisse à população mundial levar uma vida social e economicamente ativa. A proposta de Alma Ata foi fundamentada em experiências de cuidados básicos de pequena

escala e baixo custo, ofertados a populações pobres em países da Ásia, África e América Latina⁹. Apesar do retrocesso imposto pela APS seletiva já em 1980²⁷, após Alma Ata, a APS deixou de ser uma proposta de médicos e pioneiros internacionais em aldeias distantes e tornou-se uma abordagem avalizada e um incentivo à sua expansão mundial.

A ampla utilização da abordagem de Donabedian^{22,24} em estudos sobre a APS foi acompanhada de novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços básicos. A partir de 1991, Starfield, em um estudo clássico⁴, iniciou o desenvolvimento da formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. Acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária, foram definidos como atributos da qualidade do modelo de atenção. A autora evidenciou a associação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde²⁸.

No Brasil, as contribuições teóricas sobre avaliação da APS foram marcantes nos últimos 15 anos, especialmente com a implantação da ESF e com a institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB) no Ministério da Saúde (MS)^{6,10,29,30}. Há uma farta documentação sobre a expansão da ESF para todo o País, uma das maiores experiências sistêmicas de APS no mundo. Equipes multiprofissionais, responsáveis por territórios específicos e populações definidas como primeiro contato com o sistema, representam uma das inovações mais significativas na APS desde Alma Ata¹⁷.

Em 2005, os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), conduzidos por uma rede de instituições acadêmicas, aprofundaram a avaliação da APS no Brasil, com ênfase no acesso e na utilização de serviços na AB, fomentando a reflexão sobre a

qualidade dos cuidados ofertados à população brasileira nos grandes centros urbanos do País^{7,10,23,31-33}. Em 2011, o tema qualidade ganhou forte impulso na AB brasileira com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que institucionalizou o incentivo financeiro do MS à melhoria do padrão da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio das equipes de saúde da família^{16,34,35}. A avaliação externa do PMAQ, conduzida por uma rede de mais de 40 universidades e centros de pesquisa federais, propiciou a expansão das concepções de Donabedian e Starfield¹⁶, no enfrentamento de múltiplos desafios teóricos e metodológicos para estimar a qualidade dos serviços de APS no Brasil^{3,17,36,37}.

Em uma breve seleção de estudos contemporâneos sobre dimensões do acesso e da qualidade na ESF, encontram-se muitas delas oriundas das avaliações externas do Proesf e do PMAQ, que esboçam um painel complexo e coerente, permitindo apreciar as fortalezas e as fragilidades do modelo de atenção para garantir de modo equitativo e integral o direito universal à saúde no SUS^{3,10,17,36-38}. A ampliação equitativa do acesso e da utilização de serviços e ações de saúde da ESF é consensual, coincidindo com fortes evidências de seu efeito na melhoria da situação de saúde do País em 30 anos do SUS³⁹⁻⁴¹. Os estudos igualmente destacam problemas sistemáticos na qualidade de serviços e ações da ESF, que afetam sua completude, a integralidade das ações, seja na saúde da mulher^{36,42,43}, seja no cuidado de condições crônicas de saúde de adultos e idosos⁴⁴. Os artigos revelam múltiplas abordagens da qualidade da atenção à saúde, mas emergem dois consensos: acesso é qualidade e qualidade é processo. Qualidade é ir além, é alcançar mais e melhor, é medida essencial para avaliar a integralidade, para verificar a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do País. As dimensões de totalidade do indivíduo, de integração das

ações e de atuação intersetorial explicitadas na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8.080 de 1990^{38,39} podem ser operacionalizadas por meio de indicadores de qualidade, que expressem processos organizacionais e práticas profissionais ao interior de cada equipe da ESF, na rede de serviços de saúde e na relação com o território geopolítico. A qualidade da atenção e, em consequência, a integralidade se explicitam, por exemplo, no alcance da completude ou totalidade de ações previstas em documentos oficiais para cada condição de saúde. Essa medida implica estimar a integração das ações previstas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação^{3,36,42-44}.

Neste artigo, a partir de uma revisão não sistemática, reunimos inicialmente um conjunto de evidências com avanços e problemas no acesso e na qualidade da AB brasileira, com especial interesse na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde. Na segunda parte, destacamos propostas para o enfrentamento dos desafios identificados na literatura. Demonstra-se que o conhecimento disponível reforça a relevância do fortalecimento da ESF para a melhoria das condições de saúde da população.

Avanços e problemas na qualidade da APS brasileira

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da ESF, seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2016⁴⁰. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

Destaca-se aqui a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos^{29,41-43} nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de outros fatores determinantes. Também em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária, vários estudos^{11,42,44} têm destacado o papel da ESF na redução dessas hospitalizações.

A superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional tornou-se consenso nacional e internacional na última década. No estudo de Macinko et al.^{10,45}, a adesão aos atributos da APS de Starfield foi mais marcante na ESF, nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade^{12,46}. Facchini et al.^{17,23,47} relataram que a oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF do que nas UBS tradicionais.

O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado em três Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e mais recentemente na Pesquisa Nacional de Saúde⁴⁸. A proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de 41,8% em 1998⁴⁹, de 52,4% em 2003⁵⁰, de 56,8% em 2008⁵¹, alcançando 65,5% em 2013⁴⁸. Quase 90% das UBS contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e mais de 70% dispõem de equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana, em dois turnos ou mais, com consulta de enfermagem e curativos⁵².

Em menos de uma década, os investimentos em infraestrutura da AB foram expressivos, particularmente com o Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)⁵³. Em 2005, cerca de 70% das UBS avaliadas em cidades acima de 100 mil habitantes das regiões Nordeste e Sul, no Estudo de Linha de Base do Proesf, tinham problemas e carências estruturais⁵⁴, em contraste com a avaliação externa do PMAQ em 2012, que encontrou 15% do total de UBS no País em precárias condições de infraestrutura,

principalmente de instalações e insumos⁵³. Neves et al.³⁷, ao analisar a estrutura das UBS para atenção a pessoas com diabetes entre os ciclos 1 e 2 do PMAQ, observaram que as prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física foram maiores em 2014, em comparação a 2012. A estrutura adequada de materiais passou de 3,9% para 7,8%; de medicamentos, de 31,3% para 49,9%; e física, de 15,3% para 23,3%.

O lançamento do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, marcou avanço importante no enfrentamento da carência histórica de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população, principalmente de médicos⁵⁵⁻⁵⁷. O PMM é a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção médica na ESF^{48,58}, mediante provisão emergencial em larga escala (cerca de 18 mil médicos em seu pico) combinada com intervenções na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos⁵⁵.

A presença de profissionais do PMM em 4.058 municípios beneficiou cerca de 63 milhões de pessoas, promovendo a integração das equipes e fortalecendo as ações de saúde⁵⁸⁻⁶⁰, com impacto positivo também na redução de internações por condições sensíveis à AB. Além disso, cerca de 90% da população está satisfeita com o programa, reforçando sua legitimidade e aceitabilidade^{57,61}.

Estudos recentes sobre utilização e qualidade da atenção prestada em UBS, notadamente aqueles que analisaram dados do PMAQ, reforçam esses avanços em ações programáticas típicas da atenção primária. Durante o pré-natal, 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso³. O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos³⁶, e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação da OMS e do MS⁶².

Em torno de 90% dos usuários com diagnóstico de diabetes tiveram acesso à consulta na UBS em um período de seis meses e realizaram exame de sangue para o controle da doença⁶³. Facchini et al.⁴⁷ identificaram padrão semelhante em idosos com a doença em inquérito nacional sobre acesso e qualidade da rede de saúde, não havendo diferença de acordo com o nível socioeconômico.

Confirmando a expansão dos serviços de saúde bucal na rede básica, Casotti et al.⁶⁴ registraram alto percentual de procura por consulta com o dentista relatado pelos entrevistados nas UBS no primeiro ciclo do PMAQ, o que caracteriza a existência de demanda pelo cuidado em saúde bucal. A maior proporção de usuários conseguiu agendamento em um intervalo entre dois e quinze dias, indicando melhoria no acesso⁶⁵ a cuidados de saúde bucal entre populações com maior vulnerabilidade social.

Em um retrato complexo da realidade da AB no SUS, em meio a tantos resultados positivos, obtidos em pouco mais de duas décadas de implantação da ESF, emergem de forma consistente seus problemas mais importantes. Apesar dos avanços observados na infraestrutura das UBS, inclusive em curtos períodos avaliados no PMAQ, os problemas de estrutura dos serviços ainda persistem^{37,53}. As desigualdades na estrutura dos serviços são marcantes em função das características da região geopolítica, do porte populacional do município, do IDH e da cobertura de ESF^{3,37,62}. Poças et al.⁵² evidenciam que 74,6% não dispõem de sinalização externa adequada e que 89,6% não contam com profissionais para acolhimento.

No âmbito da provisão de pessoal e educação permanente, a capacidade do PMM em melhorar equitativamente o desempenho da ESF em um curto período de intervenção continua sendo um desafio complexo para estudos de intervenção. A avaliação ganha relevância, considerando possíveis mudanças nos padrões e tendências dos resultados da ESF, em um contexto de restrição financeira grave, que ameaça a continuidade do PMM em sua magnitude e abrangência, colocando em risco a provisão de

médicos em territórios e populações mais vulneráveis do País⁵⁵.

Além de problemas estruturais e de provisão de pessoal, a organização dos serviços, a gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho. No caso do pré-natal, apenas 15% das gestantes receberam todos os procedimentos, exames e orientações preconizadas. O exame de mamas foi referido por 56% das gestantes, enquanto os exames ginecológico e da cavidade oral sequer foram dispensados à metade delas³.

Para o controle do câncer do colo uterino, 11% das usuárias dos serviços de APS estavam com exames atrasados, e 19% deixaram de receber orientações³⁶. A estrutura para esse controle estava adequada para 49% das UBS, sendo a indisponibilidade de espéculos vaginais, fixadores e formulários do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) uma realidade para uma em cada cinco unidades de saúde. Informações referentes a aspectos da organização e da gestão do cuidado revelaram que apenas 30% das equipes podem ser classificadas com processo de trabalho adequado⁶⁶.

Para o câncer de mama, são preocupantes os achados de Barcelos et al.⁶², dando conta de que 38% das usuárias entre 40 e 69 anos entrevistadas nas UBS nunca tinham recebido um exame clínico das mamas, e cerca de 25% das mulheres entre 50 e 69 anos jamais havia feito uma mamografia.

Considerando a atenção aos portadores de diabetes, menos de metade dos usuários com o problema, entrevistados nas UBS, referiu ter recebido orientações para o cuidado com os pés, e apenas 30% referiram ter seus pés examinados no ano anterior à entrevista⁶³, achado similar ao encontrado em inquérito nacional de base populacional^{17,47}. Apenas 14,3% dos usuários referiram o recebimento do conjunto completo dos cuidados para diabetes. Em análise ajustada, ao considerar o conjunto de itens preconizados¹⁶, observou-se que a prevalência

de cuidados completos aumentou significativamente em UBS em função da adequação da estrutura, da organização e gestão de serviços e da prática clínica.

Clementino et al.⁶⁷, ao analisar as ações de saúde dirigidas a pessoas com tuberculose na AB com base nos dados do segundo ciclo do PMAQ, constataram que 81,1% das equipes de ESF do Brasil dispunham de estimativa anual do número de casos confirmados de tuberculose e sintomáticos respiratórios. Em contrapartida, apenas 48% das equipes apresentavam registros de acompanhamento dos casos e de tratamento diretamente observado. Os autores concluem pela presença de barreiras na estruturação das UBS quanto à operacionalização e sustentabilidade da assistência ao portador de tuberculose. Souza et al.⁶⁸ apontam a necessidade de, além da transferência das ações essenciais ao portador de tuberculose para a AB, estruturação dessas UBS, tornando-as capazes de realizar o manejo adequado do usuário em termos clínico-científicos, estruturais e organizacionais dos serviços, praticando a integralidade com esse sujeito.

Para a saúde bucal, Casotti et al.⁶⁴ referiram que problemas de infraestrutura e de gestão da porta de entrada ainda eram motivos para o deslocamento dos usuários para outros serviços⁶⁴. Fragilidades da gestão local sobre o processo de trabalho do setor e ausência de fluxos preferenciais e de rede complementar estruturada para diagnóstico precoce de câncer de boca ou para oferta de procedimentos de prótese também foram problemas relevantes. Os autores apontaram ainda que a falta de condições para que as equipes coordenem o acesso aos serviços complementares subtrai a possibilidade da garantia da integralidade do cuidado clínico.

Outra lacuna que precisa ser enfrentada diz respeito às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) que, em suas plenas potencialidades, contribuem para o cuidado. Dados do Ciclo I do PMAQ, com as mais de 17 mil equipes participantes, informam que somente 13,5% das equipes apresentavam

condições ótimas de infraestrutura, sistemas e utilização de informação⁶¹. Bousquat et al.⁵³ relataram que, em geral, 51,2% das unidades dispunham de um computador e que 35,4% tinham acesso à internet.

Recente artigo de revisão sistemática sobre satisfação dos usuários da APS demonstrou que os usuários das UBS avaliaram como insatisfatórios os atributos acesso de primeiro contato, enfoque familiar e orientação comunitária, considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia e controle social, mesmo nas Unidades de Saúde da Família⁶⁹. Protasio et al.⁷⁰ verificaram que o usuário resolver seus problemas na UBS e sentir-se respeitado pelos profissionais de saúde são os fatores mais importantes, em todas as regiões do Brasil, no que concerne à sua satisfação. Porém, podem-se destacar outros fatores por região: o horário de funcionamento (Nordeste); profissionais perguntarem pelos familiares (Norte); interesse dos profissionais sobre outras necessidades de saúde (Centro-Oeste); ser escutado sem ter hora marcada (Sul); e retirar suas dúvidas após a consulta (Sudeste).

Em um balanço dos avanços e problemas da AB brasileira, os achados evidenciaram relações consistentes e sinérgicas entre estrutura, processo de trabalho e qualidade dos serviços da ESF no País^{36,63}. O conhecimento acumulado indica a necessidade de melhorias sistêmicas no SUS e na AB, cujos problemas afetam enormes contingentes da população brasileira, com maior repercussão em grupos vulneráveis e regiões remotas.

Propostas para enfrentamento dos desafios da qualidade dos serviços de APS no SUS

Resultados de pesquisas científicas, a experiência na gestão e atenção à saúde, a inovação

e o desenvolvimento tecnológico alcançados no Brasil nos últimos 30 anos aportam um vasto conhecimento para enfrentar com sucesso os problemas da AB e qualificar a ESF. Entretanto, o ciclo de melhoria incremental observado na AB brasileira, desde a Conferência de Alma Ata⁹, pode ser revertido em decorrência da ruptura democrática em curso no País, sinalizando perspectivas sombrias para os direitos sociais. A sistematização de propostas para enfrentamento dos desafios se refere a sugestões para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mediante mudanças factíveis em características estruturais e organizacionais de equipes e unidades de saúde e de práticas e ações profissionais.

A primeira e mais importante proposta para superação dos desafios da AB no Brasil é a universalização do modelo de atenção da ESF, com o enfrentamento substantivo de seus problemas estruturais e organizacionais. O compromisso político com a prioridade da ESF, expresso em financiamento suficiente para garantir a integralidade de cuidados de saúde de alta qualidade à toda população, resultará em investimentos mais abrangentes na infraestrutura da ESF^{37,53,54,62,64,66}, fundamentais para ampliar a superioridade da ESF na melhoria do cuidado e das condições de saúde da população, em comparação a modelos tradicionais, especializados e médico centrados^{10,12,41}.

Melhorias na construção, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias, mas é preciso uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação. Infelizmente, as restrições impostas ao SUS e às políticas sociais pela Emenda Constitucional 95^{71,72} ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos.

Os efeitos da recessão econômica e da restrição orçamentária no SUS talvez já possam ser observados na atualidade na rede básica

de saúde, afetando, por exemplo, o abastecimento de vacinas e medicamentos e a provisão de pessoal em um contexto de maior demanda de serviços públicos decorrente do aumento do desemprego, da redução de direitos trabalhistas e de poder aquisitivo da população. A precarização dos serviços pode resultar em aumento da ocorrência de problemas de saúde e no ressurgimento de doenças plenamente controladas e eliminadas, como, por exemplo, sarampo e poliomielite. A preponderância dos interesses de mercado, expressa na gestão privada dos serviços públicos, por meio de organizações sociais de saúde e outras estratégias comerciais, fragmenta a oferta e prenuncia incertezas para a qualificação da infraestrutura das UBS e os meios de trabalho das equipes da ESF. Ao priorizar o interesse econômico e mercantil na saúde, o País coloca em risco a qualidade dos serviços para o atendimento integral das necessidades de saúde da população, com repercussões negativas no desempenho da ESF e na organização da rede básica de saúde.

A infraestrutura da AB do SUS não estará completa sem a garantia de suficiência e qualidade de um corpo de trabalhadores de saúde com dedicação integral à ESF^{16,58}. A implantação do PMM ocorreu em um contexto de desenvolvimento e consolidação de iniciativas de governança que incentivaram a AB nos últimos dez anos, como, por exemplo, o PMAQ¹⁶, o Requalifica UBS e os programas de formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS, desenvolvidos por intermédio da Universidade Aberta do SUS (Unasus)¹⁷. A ruptura democrática ameaça regras, normas e decisões relativas não apenas ao PMM, mas ao conjunto dos trabalhadores da AB, com possibilidade de afetar papéis e responsabilidades dos atores sociais, descontinuar interações e interconexões, fomentar disparidades e iniquidades nacionais e regionais⁷³. Por exemplo, os efeitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 relativos à configuração

das equipes da ESF podem tornar os ACS em uma categoria profissional em extinção, não apenas pela redução no contingente vinculado a cada equipe, mas também pela descaracterização de suas atribuições^{72,74}. A proposta essencial para a universalização da ESF e para a qualidade da atenção é a garantia de equipes completas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e ACS em todo o território nacional. Considerando a demanda crescente de idosos, usuários com multimorbidade e com problemas de saúde mental, é necessária uma presença mais efetiva das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no cotidiano do cuidado, como, por exemplo, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, cardiologistas e dermatologistas. Estratégias de Telessaúde e supervisão técnica a distância para todos os profissionais qualificam suas práticas, melhorando a resolubilidade do serviço. Tais recursos fortaleceriam a abordagem matricial das condições crônicas de saúde, acompanhando e monitorando a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos de cada usuário do serviço.

Direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores, para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população e dos usuários sob responsabilidade das equipes da ESF, por meio da expansão de abordagens e dispositivos de educação a distância, beneficiará a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas. Médicos, enfermeiros, dentistas e ACS, mas também profissionais do Nasf, requerem programas de provimento, educação permanente e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, com especial foco na universalização da ESF⁴⁸. Ao enfatizar o cotidiano do serviço na problematização dos temas de estudo, os cursos de especialização, residência e mestrado profissional em saúde da família facilitam aos alunos o acesso a

evidências de avaliações de políticas e ações de saúde úteis para a solução de problemas locais e sua generalização para a rede básica de saúde. Algumas experiências de educação permanente com ênfase em qualidade da prática clínica valorizam o uso de ferramentas como módulos de autoaprendizagem, casos clínicos interativos e planilhas eletrônicas para monitoramento automatizado de ações programáticas, delineadas em função do perfil da população usuária de serviços de atenção primária⁷⁵. Estratégias de formação e educação permanente são essenciais para o sucesso de intervenções direcionadas à qualificação da prática profissional. As atividades educacionais podem desenvolver as atribuições profissionais, melhorando o escopo e a abrangência da prestação de cuidados.

A oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na ESF depende intensamente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde.

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal⁷⁶.

Ouverney e Noronha⁷⁷ contribuíram para esse debate ao elencar princípios de organização e tecnologias de integração do cuidado em saúde que se aplicam de forma inequívoca para a APS: orientação para as necessidades de saúde; complexidade da abordagem; multidisciplinaridade da

intervenção; longitudinalidade do cuidado; interdependência e compartilhamento de análise clínica; responsabilização clínica; territorialização; intersetorialidade; eficiência econômica e melhoria contínua da qualidade. A análise da situação atual de princípios, atributos e categorias da APS em equipes da ESF destaca a coordenação do cuidado como desafio crítico na reorganização das ações de saúde. Um amplo esforço de desenvolvimento da coordenação do cuidado na ESF promoverá a articulação do trabalho dos membros da equipe de saúde, entre si, com as demais esferas do SUS, com os usuários e com a população⁷⁸, reforçando a efetividade da APS e do SUS.

Um elemento crucial para a qualificação da cobertura da ESF é o aprimoramento do e-SUS para produção de informações úteis às equipes e gestores, mediante acesso a relatórios automatizados de indivíduos e coletividades sobre situação de saúde e ações ofertadas. Acelerar a incorporação de tecnologias de informação e comunicação facilita o uso de informações atualizadas e potencializa a melhoria do cuidado⁷⁸. Diariamente, dados são coletados em diferentes subsistemas, muitos dos quais não informatizados, ou que enfrentam grandes dificuldades de implantação ou operacionalização. Por exemplo, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), em funcionamento desde 2010, enfrenta grandes dificuldades de expansão e de utilização de informações, em função da falta de equipamentos de informática em todas as salas de vacina do País⁷⁹. Além disso, o SI-PNI é vulnerável à falta de registro de vacinas realizadas em clínicas privadas que se multiplicam no território nacional, afetando sua capacidade de vigilância epidemiológica da cobertura vacinal.

Para otimização dos recursos das TIC, os dados dos diferentes sistemas deveriam ser automaticamente exportados para o e-SUS, o que possibilitaria a utilização de informações para apoiar com efetividade as equipes

em sua prática profissional, além da gestão estratégica dos serviços. Com isso, será possível superar problemas como a obrigação dos profissionais em preencher campos de dados em múltiplos sistemas de registro contínuo, que geram inconsistências nos registros e a escassa utilização de informações pelas equipes de saúde. Em um contexto de fragmentação e multiplicidade de sistemas e aplicativos, o registro de dados no prontuário eletrônico torna-se mais uma das tarefas burocráticas realizadas pelos profissionais de saúde⁸⁰, em detrimento das ações de atenção à saúde.

A plena institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na rede básica é dispositivo essencial para qualificar a gestão e a organização dos serviços, orientando iniciativas e estratégias para o alcance de objetivos e metas. O acesso a recursos de TIC e a utilização de ferramentas eletrônicas automatizadas, como o Caderno das Ações Programáticas, facilitam o monitoramento e avaliação na UBS⁷⁵, produzindo estimativas essenciais, como, por exemplo, a cobertura de ações e programas de saúde.

Superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde é um dos mais urgentes desafios para melhorar a qualidade da AB no Brasil⁸¹. Urge integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, orientando a ESF para processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, em especial das condições crônicas de saúde. Fortalecer o trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos, de cada usuário do serviço. Por exemplo, a qualificação de conhecimentos e habilidades na realização de manobras, procedimentos e raciocínio clínico, apoiada por protocolos, alertas, estratégias de busca ativa e rastreamento, podem melhorar a intervenção clínica, a gestão de caso e a coordenação do cuidado, promovendo a integralidade da atenção.

Mutirões ou campanhas da qualidade, capazes de mobilizar instituições acadêmicas e a rede básica de saúde, poderão universalizar os cuidados de pós-parto, a imunização de crianças, gestantes e idosos, o rastreamento de câncer de colo de útero e de mama, o cuidado dos pés de pessoas com diabetes, a avaliação de risco cardiovascular de adultos e idosos, a promoção de alimentação saudável e de atividade física. Por exemplo, a decisão de universalizar a revisão do parto, mediante visita de um membro da equipe de saúde ao domicílio da puérpera na primeira semana de vida do bebê, é plenamente factível e eleva tanto a cobertura quanto a qualidade (completude) das ações previstas em documentos oficiais. Outro exemplo se refere à atenção às pessoas com tuberculose na rede básica. Na maior parte dos municípios, o programa é centralizado, com restrição das ações das equipes no tratamento, com deslocamento dos usuários e risco de interrupção e não adesão ao tratamento. Para a efetivação do acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose, faz-se necessário, além da transferência das ações essenciais para a AB, estruturar as UBS para o manejo adequado do usuário⁶⁷.

Entretanto, estudos mais aprofundados, capazes de esmiuçar os detalhes organizacionais dos serviços e as nuances da prática profissional e da interação com os usuários, para definir e caracterizar a qualidade na APS são necessários. Estudos criteriosos e abrangentes em relação a modelos conceituais, grupos de comparação, definição de indicadores, padronização de instrumentos e abordagens estatísticas necessitam de incentivos e valorização, considerando sua relevância para subsidiar as políticas direcionadas à melhoria da qualidade da AB, como o PMAQ.

Apesar de um contexto de redução do financiamento do SUS, cabe propor a continuidade e o aprimoramento do PMAQ em função de sua importância para a institucionalização da avaliação e a definição de

padrões de qualidade e suas tendências na AB do País. A integralidade é o princípio do SUS mais diretamente conectado com os esforços para definir o padrão de qualidade da ESF, alimentando um ciclo virtuoso com a universalização e a equidade dos cuidados ofertados. A análise da completude das ações de saúde oferece uma valiosa aproximação da integralidade e possibilita captar aspectos da qualidade estrutural, organizacional e da prática profissional^{10,17,63}.

As propostas elencadas poderão resultar na melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil, promovendo um efeito multiplicativo na equidade de seus resultados,

contribuindo para a redução significativa das desigualdades em saúde^{3,17,36,41}.

Colaboradores

Facchini LA e Tomasi E contribuíram para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção, planejamento e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participação da aprovação da versão final. Dilélio AS contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Viacava F, Lagrardia J, Ugá M, et al. Projeto desenvolvimento de tecnologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
2. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, et al. Contribuições do Estudo de Linha de Base da UFPEL às políticas, aos serviços e à pesquisa em atenção básica à saúde. In: Hartz Z, Felisberto E, Silva LV, organizadores Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. p. 167-97.
3. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer Oliveira T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saúde Pública. 2017; 33(3):e00195815.
4. Starfield B. Primary Care and Health: a cross-national comparison. JAMA. 1991; 266(16):2268-71.
5. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. CMAJ. 1995; 153(10):1423-31.
6. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(6):1079-95.
7. Viana AA, Rocha JSY, Elias PE, et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc Saúde Colet. 2006; 11(3):577-606.
8. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos con-

- ceituais à prática na análise da implantação de programas; 1997.
9. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS. 1978; 6:a12.
 10. Fachini L, Piccini R, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):669-81.
 11. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(12):2149-60.
 12. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(1):156.
 13. Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11(1):272.
 14. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *Bmj*. 2016; 354:i4060.
 15. Gillam S, Steel N. QOF points: valuable to whom? *Bmj*. 2013; 346(7903):21-3.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
 17. Facchini L, Thumé E, Nunes B, et al. Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. *Governing health systems: for nations and communities around the world Brookline: Lamprey & Lee*; 2015.
 18. Bourcier E, Charbonneau D, Cahill C, et al. An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011–2014. *Prev Chronic Dis*. 2015; 12:E23.
 19. Mehring M, Donnachie E, Bonke FC, et al. Disease management programs for patients with type 2 diabetes mellitus in Germany: a longitudinal population-based descriptive study. *Diabetol Metab Syndr*. 2017; 9(1):37.
 20. White H. A contribution to current debates in impact evaluation. *Evaluation*. 2010; 16(2):153-64.
 21. Lee RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care. *Publications of the Committee on the Costs of Medical Care*. 1933; 22.
 22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*. 1966; 166-206.
 23. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:s159-s72.
 24. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Jama*. 1988; 260(12):1743-8.
 25. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet*. 2002; 7(3):581-9.
 26. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bul*. 1989; 15(11):330-9.
 27. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*. 2004; 94(11):1864-74.
 28. Starfield B, Shi L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health services research*. 2007; 42(6p1):2252-6.
 29. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, et al. Going

- to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med.* 2007; 65(10):2070-80.
30. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
 31. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(1):75-82.
 32. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16:3689-96.
 33. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2009; 43(4):604-12.
 34. 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 União.* 19 Jul. 2011.
 35. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014; 38:13-33.
 36. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51:67.
 37. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública.* 2018; 34(4):e00072317.
 38. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília, DF; 1988. [acesso em 2018 abr 22]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-plhtml>.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. 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.* 20 Set. 1990.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: dabsaude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 41. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health.* 2009; 99(1):87-93.
 42. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2):115-22.
 43. Macinko J, Guanais FC, Souza MDFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(1):13-9.
 44. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Med Care.* 2011; 49(6):577-84.
 45. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3):167-77.

46. Harzheim E, Stein AT. Effectiveness of primary health care evaluated by a longitudinal ecological approach: The expansion of primary health care in Brazil is shaping the agenda for health care policy in the Latin American region. *J Epidemiol Community Health*; 2006; 60(1):3-4.
47. Facchini LA, Nunes BP, Saes MO, et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Brasília, DF: IBGE; 2013.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
50. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 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.
52. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2):275-84.
53. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(8).
54. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian states. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(1):39-44.
55. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2652.
56. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2675-84.
57. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(11):3547-52.
58. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2015.
59. Tasca R, Silva FAM. More Doctors Project. In: New York UNOfS-SC, editor. *Good Practices in South-South and Triangular*. 2016 [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: <https://www.unsouthsouth.org/2016/05/30/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-2016/>.
60. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MFd. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21:2785-96.
61. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017; 95(2):103.
62. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, et al. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: An External Assessment of Primary Health Care Access and Quality Improvement Program. *Health Systems & Reform*. 2018:1-14.
63. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality – PMAQ. *The Journal of ambulatory care management*. 2017; 40(supl. 2):S12.

64. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
65. Peres KG, Peres MA, Boing AF, et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de saúde pública*. 2012; 46(2):250-8.
66. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ. *Rev BrasSaúde Matern Infant*. 2015; 15(2):171-80.
67. Clementino FS, Marcolino EC, Gomes LB, et al. Ações de Controle da Tuberculose: análise a partir do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016; 25(4):1-9.
68. Souza MSPL, Pereira RAG, Pereira SM, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1):111-20.
69. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(2):335-45.
70. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1829-44.
71. Brasil. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016 [internet]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 15 Dez. 2016. [acesso em 2018 mar 25]. Disponível: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95htm. 2016.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 set 2017. [acesso em 2018 abr 20]. Disponível: <http://18928128100/dab/docs/publicacoes/geral/pnabpdf>.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
74. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
75. Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS, Fundação Oswaldo Cruz. Plataforma Educacional de Saúde da Família. 2018. [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/p2k>. 2018.
76. Ramos LH. Gestão de Serviços de Saúde. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família [internet]. [acesso em 2018 mar 7]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_11.pdf.
77. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A saúde no Brasil em 2030*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.143-82.
78. Tomasi E, Facchini LA, Maia MFS. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82(11):867-74.
79. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://portal.mssau.gov.br/acoes-e-programas/vacinacao/si-pni>.

80. Oliveira AEC, Lima IMB, Nascimento JA, et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. *Saúde debate*. 2016; 40:212-8.

81. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. 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. *Saúde debate*. 2014; 38:52-68.

Recebido em 25/06/2018

Aprovado em 18/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

Primary Health Care federal funding in the Unified Health System: old and new dilemmas

Áquilas Mendes¹, Leonardo Carnut², Lucia Dias da Silva Guerra³

DOI: 10.1590/0103-11042018S115

RESUMO Este ensaio teve como objetivo discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências e de uma visão limitada do conceito de Atenção Básica. O estudo está estruturado em três partes. A primeira delas discute a trajetória histórica do conceito de Atenção Básica, desde sua radicalidade inicial nos anos 1960 até o ‘apequenamento’ trazido pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. A segunda aborda, em uma perspectiva histórica, os repasses do financiamento federal do SUS, com destaque à Atenção Básica e aos critérios de rateio utilizados. A terceira parte trata do financiamento da Atenção Básica, com destaque para os recursos do Ministério da Saúde para esse nível de atenção, com foco para a nova PNAB 2017 e, particularmente, para aos transferidos mediante o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT *This article aims to discuss the financing of Primary Care in the SUS, seeking to highlight the historical persistence of the fragility of this funding in terms of the transfer model and a limited view of the concept of Primary Care. The article is structured in three parts. The first part discusses the historical trajectory of the concept of Primary Care, from its initial radicalism in the 1960s to the ‘downsizing’ brought about by the new National Policy of Primary Health Care (PNAB) of 2017. The second part addresses, in a historical perspective, the federal funding of the SUS, with emphasis on Primary Care and the assessment criteria used. The third part deals with the financing of Primary Care, highlighting the resources of the Ministry of Health for this level of care, focusing on the new PNAB 2017 and, in particular, those transferred through the Basic Attention Floor (PAB) Variable.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5632-4333>
aquilasmendes@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6415-6977>
leonardo.carnut@gmail.com

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0093-2687>
ludsguerra@gmail.com



Introdução

Discutir o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido um processo penoso e desgastante no contexto do turbulento tempo histórico do capitalismo contemporâneo. Esses últimos 30 anos, que coincidem com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido marcados por uma trajetória de persistência de reduzidos montantes de recursos, constituindo-se em um subfinanciamento estrutural desse sistema¹⁻⁵. Para uma ideia geral desse subfinanciamento, se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2015, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 694,5 bilhões, sendo que se 30% fossem destinados à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 208,4 bilhões, mas a dotação foi a metade disso². Entre 1995 e 2015, o gasto do Ministério da Saúde (MS) não foi alterado, mantendo-se em 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto o gasto com juros da dívida representou, em média, 7,1%⁵.

Nos anos recentes, contudo, vimos enfrentando uma perspectiva de desfinanciamento da saúde que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária. Referimo-nos, especificamente, à introdução de uma das maiores medidas de austeridade – corte drástico dos gastos públicos para alcançar um equilíbrio fiscal⁶ – defendida pelo capital portador de juros (capital financeiro): a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, promulgada pelo governo Temer, que limitou a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do Índice de Preço ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Além disso, essa EC revogou o escalonamento previsto na

EC 86/2015 que alterava a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Observa-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já em 2016², intensificando o subfinanciamento do SUS.

Na vigência da EC 95, o subfinanciamento do SUS certamente passará para um desfinanciamento. Os recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos. Em um cenário retrospectivo, entre 2003 e 2015, essa perda seria de R\$ 135 bilhões, a preços médios de 2015, diminuindo os recursos federais do SUS de 1,7% do PIB para 1,1%².

Essa austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras. Trata-se de medida sem precedentes quando comparada ao conteúdo da política de austeridade adotada em outros países, em especial na América Latina⁶. Sem dúvida, a escolha por essa política de austeridade tem grande efeito sobre o bem-estar imediato da população, isto é, provocando resultados negativos nas condições sociais, e na saúde em particular, não levando a um contexto de maior equilíbrio fiscal os países e regiões que a adotaram⁶⁻⁸. Um dos resultados mais imediatos da EC 95 na área da saúde refere-se ao aumento da mortalidade infantil, após 26 anos de declínio constante. Estudos apontam, inclusive, redução na oferta e na cobertura de vacinas, prejudicando o atendimento dos hospitais e o desenvolvimento das ações e serviços da Atenção Básica (AB) do SUS^{7,9}.

Em 2017, inicia-se o desfinanciamento do SUS, ou seja, início da vigência plena da regra do teto de despesas primárias da EC 95, levando as despesas totais pagas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelo MS a apenas R\$ 107,6 bilhões (R\$ 3,9

bilhões inferior a 2016 – deflacionado pelo IPCA a preços de 2017), enquanto o piso para 2017 era de R\$ 109,1 bilhões². Dessa forma, os valores totais pagos ficaram abaixo do piso de aplicação mínima federal em ASPS em 2017.

Tudo isso demonstra que o subfinanciamento federal não resolvido ao longo da implementação do SUS se intensificará. Como dois terços das despesas do MS são transferências para estados, municípios e Distrito Federal, os efeitos dessa limitação financeira imposta pela EC 95 foi sentida também pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As transferências financeiras totalizaram R\$ 67,9 bilhões em 2017; enquanto, em 2016, correspondiam a R\$ 66,7 bilhões, o que representou um crescimento nominal de 1,83%, abaixo do crescimento anual do IPCA/IBGE de 2,95%¹⁰.

Quando se observam as transferências de recursos do MS para os níveis de atenção à saúde, também se constata efeitos prejudiciais. Os recursos financeiros transferidos para a AB foram de R\$ 21,6 bilhões em 2017, contra R\$ 20,6 bilhões em 2016, o que representou um crescimento nominal de 2,88%, também abaixo do crescimento anual do IPCA/IBGE de 2,95%. Essa redução já foi constatada entre 2014 e 2016, quando o montante de recursos federais transferidos à AB diminuiu em 8,2%². Assim, a EC 95/2016 indicou constrangimentos para a saúde da população já no primeiro ano de sua vigência.

Além disso, a lógica dos critérios de transferência dos recursos federais não foi modificada em termos de serem orientadas por ‘necessidades em saúde’, mesmo que o art. 17 da Lei Complementar 141/2012¹¹ indique tal alteração. Tampouco a introdução da Portaria do MS nº 3.992/2017¹², que substituiu os seis blocos de financiamento por apenas dois (custeio e investimento), mudou os critérios de rateio. Esses continuam baseados, na sua maioria, em produção de serviços guiados pela série histórica de gasto e incentivos financeiros conforme a implantação de ações e serviços de saúde. Esse quadro não é

diferente mesmo quando se discute o financiamento da Atenção Básica à Saúde.

É nesse contexto que este trabalho se localiza. Parte-se do pressuposto que mesmo com a relevância de garantir recursos para a AB, se não forem modificados os critérios de rateio, no sentido de um financiamento integral, e não por meio de fortalecimento de incentivos financeiros fragmentados e a concepção restrita em que esse nível de atenção se encontra, fatalmente, seu refinanciamento também padecerá de problemas com implicações diretas na atenção, de acordo com as necessidades em saúde da população.

Entende-se por concepção restrita: a flexibilização da forma como a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo operacionalizada, limitando-se a um caráter residual e assistencialista que não tem efetivado em toda sua amplitude as diversas atividades preconizadas para uma APS conforme idealizada em seus documentos iniciais. Esta concepção vem no bojo do processo de aprofundamento da privatização da saúde no País, diametralmente oposto à possibilidade de consolidar esse nível de atenção como um potente ordenador do sistema de saúde, concretizando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Por essa razão, este ensaio tem como objetivo discutir o financiamento federal da AB no SUS, buscando ressaltar a persistência histórica da fragilidade desse financiamento em termos do modelo de transferências, com valorização a incentivos financeiros fragmentados, contribuindo para o reforço de uma visão não integral do conceito de AB.

O estudo está estruturado em três partes. A primeira delas discute a trajetória histórica do conceito de AB, desde sua radicalidade inicial, no sentido da ampliação das ações centradas no enfrentamento da determinação social da saúde, especialmente em relação ao que se consagrou como ‘cuidados primários em saúde’ nos anos 1960, até a segmentação do cuidado por meio de padrões básicos e ampliados de seus serviços, trazida

pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017. O intuito é contribuir para a reflexão acerca do financiamento fragmentado desse nível de atenção ao longo dessa trajetória específica. A segunda parte aborda, em uma perspectiva histórica, os repasses do financiamento federal do SUS, com destaque à AB e aos critérios de rateio utilizados, priorizando incentivos financeiros de acordos com programas específicos. A terceira parte trata de uma análise da magnitude do financiamento da AB, com destaque para os recursos do MS para esse nível de atenção, particularmente, para os transferidos mediante o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, que incorpora os diferentes incentivos financeiros que são repassados aos municípios responsáveis pelo desenvolvimento de programas, tal como a Estratégia Saúde da Família (ESF) até o conteúdo do financiamento da nova PNAB 2017.

Atenção Básica: de sua radicalidade até a PNAB 2017

Apesar de, recentemente, a comunidade sanitária estar descontente com a nova PNAB 2017, é essencial recorrer à história para lembrar o que vem acontecendo. No mundo, o processo de desconstrução do conceito de ‘atenção primária’ não é de hoje, e, no Brasil, o conceito de atenção primária esteve em intensa disputa mesmo sob governos progressistas.

Traçar um breve percurso histórico sobre as ideias que embasaram o conceito de AB se justifica na medida em que Kleckowski et al.¹³ apontam o modelo de atenção como orientador do processo de financiamento. Ao considerar que o SUS é um sistema de saúde baseado em Atenção Primária (AP), este deve, necessariamente, deter um financiamento condizente com a sua expressão conceitual ampliada, que será discutida na sequência.

Nesse sentido, é pertinente lembrar que, nos anos 1960, o auge do debate mundial sobre a determinação econômica e social da saúde deu impulso à crítica ao modelo biomédico e à organização dos serviços de saúde centrados na lógica hospitalar que foram os embriões dos valores da AP no mundo. Pode-se dizer que essa concepção atinge a raiz dos problemas de saúde (e por isso ‘radical’), centrando-se, especificamente no enfrentamento da determinação social da saúde.

As experiências mundiais de maior relevância deveram-se ao Movimento Chinês (Médicos de pés-descalços ou *barefoot doctors*) (1973-1974), com o exercício da desmonopolização do saber médico nas práticas de saúde, e ao Movimento Canadense pelo Informe Lalonde (1974), que reconceituou o campo da saúde para além da biologia humana¹⁴.

Não custa nada lembrar que, em Alma Ata, reafirmou-se a promoção e proteção da saúde dos povos como fundamento do contínuo desenvolvimento econômico-social, qualidade de vida e para a paz. Nesse momento, cunhou-se o conceito de cuidados primários de saúde como conceito-chave que permitiria que todos os povos do mundo atingissem um melhor nível de saúde¹⁴. Portanto, ligado ao sentido mais ampliado da APS nos seus documentos originais, o conceito de cuidados primários em saúde operacionaliza uma atenção primária mais combativa à determinação social; e, por isso, deve-se perseguir um financiamento mais condizente com sua máxima expressão operacional.

Assim, o financiamento federal e seus critérios de rateio deveriam operacionalizar o conceito de cuidados primários em saúde em toda sua amplitude. À época de Alma Ata, ratificou-se o conceito de ‘cuidados primários em saúde’ como métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de famílias e da comunidade, baseada em ações e serviços de educação; prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas,

alimentação adequada; saneamento; provisão de água potável; cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar; tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais¹⁴.

Mesmo com todas as tensões relativas à delimitação do conceito de cuidados primários, várias controvérsias estavam relacionadas com o contexto de criação desse conceito, especialmente à necessidade de definir um conceito que fosse válido para diferentes países com contextos sócio-históricos diferentes¹⁵ e inserção dependente na divisão social do trabalho¹⁶, assim como centralidade da família e das comunidades, ocultando-se, portanto, a condição de classe e o mundo do trabalho no debate¹⁷.

Ainda assim, o conceito de cuidados primários em saúde foi inscrito na declaração tal qual supracitado e passou a orientar a reorganização dos sistemas e serviços de saúde em todo o mundo, especialmente naqueles países em que consideravam a estruturação de seus sistemas com um nível de atenção representativo do primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

É importante ressaltar ainda que, em adição aos cuidados primários em saúde, uma primeira reelaboração do conceito de ‘promoção da saúde’ foi adaptada. Tida não mais na perspectiva marxista da promoção da saúde como intervenção nas condições de vida e trabalho (e, portanto, de ‘determinação’ social do processo saúde-doença)¹⁸, optou-se pela compreensão de manutenção de salubridade dos corpos advindos da influência da medicina social francesa¹⁹. Tal ideia de promoção se adequou ao capitalismo global com a retórica da ênfase nos ‘determinantes’ como algo isolado e descontextualizado do modo de produção capitalista, sugerindo que visões parcelares e fragmentadas de suas formas de financiamento e rateio fizessem mais sentido na operação de suas ações.

Outra ideia incorporada ao pensamento edificante dos cuidados primários,

especialmente nos sistemas de saúde latino-americanos, foi a perspectiva da ‘Prevenção de Doenças’. Ao invés de ser considerada a prevenção por meio de uma perspectiva crítica que remontasse à crítica inicial do saber epidemiológico disponível às condições econômico-sociais, tal qual foi realizado nos anos 1960²⁰, optou-se por uma abordagem funcionalista da prevenção, orientada pela ‘proteção específica’ a determinadas doenças, com ênfase no conceito de ‘exposição/risco’ ou redução do dano em nível subclínico²¹. Essa maneira de conceber a prevenção pode ser considerada a essência das políticas focalizada em doenças específicas (como HIV/Aids – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, por exemplo), favorecendo, mais uma vez, um modelo de financiamento por adesão a esses programas.

Caudatária desses (re)arranjos conceituais, emergiu a ideia de AP, já nos anos 1980, com ênfase na perspectiva ‘esvaziante’ do seu conteúdo político radical e questionador sobre o modo de produção capitalista. No mundo ocidental, essa perspectiva se assentou na edição de dois documentos que ganharam bastante expressão: o primeiro deles foi o *Black Report*, que admitia a existência de desigualdades sociais que são ‘justas’, pois relacionava as iniquidades (desigualdades sociais ‘injustas’) com a morbimortalidade; o segundo foi a I Conferência Nacional de Saúde do Canadá, que ressaltava o contexto social como poderoso ‘determinante’ da saúde dos povos. O *Black Report* dificultou a clareza da ideia de equidade como ‘cada qual com sua capacidade e cada um com sua necessidade’²² escamoteando a ‘necessidade em saúde’ como critério de rateio dos recursos financeiros; já a Conferência, ao diminuir a ‘determinação’ aos ‘determinantes’, reduziu o social a uma variável explicativa, induzindo à ideia de que o rateio de recursos possa ser operacionalizado apenas por um ‘determinante isoladamente’ (por exemplo, o ‘demográfico’ apenas).

Enquanto a ideia de AP perdia sua radicalidade no mundo afora, na América Latina havia resistência a essas interpretações defendidas por intelectuais dedicados ao tema. Entre eles Garcia, Laurell e Breilh são os seus maiores expoentes; e especialmente no Brasil, as produções de Arouca e Donnangelo reforçavam a interpretação marxista da sociabilidade capitalista na expressão de doenças¹⁴.

Contudo, a ofensiva da interpretação dos ‘Determinantes Sociais da Saúde’, com amplo financiamento dos órgãos internacionais (como a Organização Mundial da Saúde – OMS), ganhou maior aceitabilidade e, portanto, penetrou mais rapidamente no discurso do pensamento sanitário corrente. Buss e Pelegrinni-Filho²³ são autores filiados a essa expressão e discorrem que os ‘determinantes sociais da saúde’ são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Após a penetrabilidade dessa ideia, o conceito de AP foi delineado e sistematizado por Starfield²⁴, já em radicalidade bastante reduzida da concepção original, que compreendia que a AP é uma atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada (princípios fundamentais) que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico.

Como, porém, tudo isso repercutiu na AP no Brasil? O País, refém de uma estrutura econômica dependente dos países de capitalismo central, e tentando se oxigenar no processo de redemocratização, padecia da escolha política de seus representantes – à época, Itamar Franco^{25,26}. Esse governo incorporou no recém-criado SUS o receituário do Banco Mundial²⁷ para os países ‘em desenvolvimento’: uma cesta básica de procedimentos para população que não possa acessar a assistência privada, a partir de experiências locais. É desde aí que APS vem sendo operacionalizada, limitando-se a um caráter residual e assistencialista que não tem efetivado em toda sua completude.

As primeiras experiências locais brasileiras que iniciaram a edificação da AP²⁸ (já bastante reduzida em termos conceituais e em sua radicalidade original)²⁹ no Brasil foram basicamente três: a experiência dos Agentes de saúde na comunidade de Sobral (CE), a experiência dos médicos de família em Niterói (RJ) e a experiência dos agentes de saúde comunitária em Camaragibe (PE).

Em face dessas experiências, o governo federal, em 1994, ainda sobre a batuta de Itamar Franco, criou o Programa de Saúde da Família, como expressão-síntese das experiências anteriormente mencionadas. Agradava-se assim o seu financiador (Banco Mundial) e a pauta de reorganização da APS no Brasil, com a ‘invenção’ do termo ‘Atenção Básica à Saúde’. Foi nessa nova abordagem que se organizou um modelo de financiamento federal específico por meio de incentivos financeiros para indução de modelos cestas básica, como o Programa de Saúde da Família (PAB Variável). Mendes e Marques³⁰ apontam que muitos especialistas confundem AB com ações e serviços financiados pelo PAB; outros especialistas, por restringirem à ESF/PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde; e a maioria, inclusive o MS, por não considerar os serviços inequívocamente classificados como bens públicos tais como realizados pela vigilância sanitária, epidemiológica e controle de vetores.

É possível dizer que, ao construir o conceito de ‘Atenção Básica’ (que se afasta do conceito de Cuidados Primários em Saúde, tal como defendido em Alma Ata e nem tem a radicalidade do pensamento crítico em seus conceitos fundamentais), constitui-se uma criação totalmente brasileira que resulta da síntese de cinco grandes elementos: a) apresenta-se como um ‘catálogo de serviços’ a serem oferecidos (alguns cuidados primários de saúde e outros); b) baseia-se na inter-relação entre os conceitos ‘restritos’ de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; c) tem como finalidade ser de AP (em termos de seus princípios

fundamentais); d) configura-se por meio de diferentes experiências pioneiras no Brasil (agentes sanitários e profissionais de nível superior) e) baseia-se em baixa incorporação tecnológica do tipo dura e alta incorporação tecnológica leve³¹⁻³⁴.

Na tentativa de delimitar melhor o que seria AB e sua composição do ponto de vista de ação/serviços, Botazzo³⁵⁽²⁷⁾ polemiza quando afirma que:

[...] a Atenção Básica significa 'alguma coisa' situada entre a promoção da saúde e a reabilitação, inclusive, se tomamos os níveis de prevenção de Leavell e Clark como referência. Assim, o serviço iria desde prover condições ambientais, nutricionais e educacionais adequados e exames preventivos às pessoas e grupos sociais, até a cura e a reabilitação dos acometidos.

Mesmo sobre diversas tentativas de elucidação, o MS, em 2006, trabalhou na primeira definição oficial sobre AB, mais bem-acabada, definindo-a como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ainda, complementava dizendo que ela deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde³¹.

Em 2007, a AB tinha como ênfase o modelo tecnoassistencial da ESF, contudo, mesmo sob a insígnia da complexidade tecnológica necessária para condução de vínculo, longitudinalidade e responsabilização, a noção da AB como um serviço de baixa complexidade ainda traz como herança semântica a ideia referente à expressão 'complexo' que se dá para definir os níveis de atenção que possuem maior complexidade de custo³⁶. Isso teve implicações tão profundas que Mendes e Marques³⁰ descrevem que, na maior parte das vezes, o critério utilizado para

a construção do conceito de AB refere-se ao nível de complexidade da ação e/ou serviço de custo facilmente apurado, essencial para defesa de sistemas pretensamente universais.

Com a possibilidade de maior enxugamento sobre o conceito de AB, o conceito de Redes (destituindo-se, desta vez, a ideia de 'sistema' de saúde integrado por níveis de atenção) incluído na Portaria do MS 2.488/2011 recortou suas ações por 'linhas de cuidado'. Em que pese a relevante tarefa de ratificar a AB como Política Nacional, revisando seus critérios operacionais³⁷, pecou-se em defini-la e admiti-la (pelo menos no Brasil), como equivalente à AP (o que parece bastante questionável em virtude do histórico recorrido). Ademais, essa portaria a coloca como coordenadora do cuidado em rede fragmentando ainda mais a perspectiva holística que se desejava para saúde, reforçando determinadas redes em detrimento de tantas outras trajetórias de cuidado³⁸.

Mesmo com os pertinentes avanços que foram realizados na incorporação de profissionais de saúde para o alcance da integralidade nos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família³⁹, existe, agora, um conceito de AB, extremamente orientado para construção de redes, ao invés de enfrentar o desafio concreto da regulação assistencial do sistema e a informatização dos complexos reguladores em todo o País. Isso ocultou o debate acerca do financiamento necessário para que a rede se estabelecesse materialmente complexos reguladores que garantam comunicabilidade entre serviços, e não apenas depositando no sujeito a iniciativa de construção de seus itinerários terapêuticos.

Nesse sentido, pode-se dizer que, em menos de 10 anos, a nova PNAB (2017) agudiza o processo de desconstrução do conceito de AP, enterrando por completo a radicalidade inicial da ideia. Vê-se bem acertada a cuidadosa análise feita por Morosini et al.⁴⁰, que afirmam os riscos potenciais para a AB, salientando a relativização da cobertura, segmentação do cuidado (por meios de padrões básicos e ampliados de serviços), o retorno à AB tradicional e a fusão das atribuições dos

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a dos Agentes de Controle de Endemias.

Assim, ao final de 2017, assiste-se ao enxugamento da AB não apenas na ordem do discurso, mas também, agora, em sua concepção e financiamento, compatibilizando o discurso à prática. Nesse cenário, é possível pensar em Atenção ‘Básica’ ou poder-se-ia dizer ‘Mínima’ em todos seus sentidos?

Notas históricas sobre os repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: localizando a AB

Há alterações importantes nas categorias de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos subnacionais – Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). Em 2017, foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Portaria do MS nº 3.99212 que orienta os repasses federais em duas modalidades, custeio e investimento, substituindo os blocos de financiamento, definidos pela Portaria nº 204 do MS de 2007⁴¹.

Mesmo que o art. 17 da Lei Complementar 141, de 2012¹¹, já indicasse a necessidade de alteração na forma de repasse dos recursos da saúde, tendo como critério-guia necessidades de saúde, a nova portaria não promoveu modificações nesse sentido. Tratou-se apenas de agregar os antigos blocos, com o intuito de facilitar para os gestores estadual e municipais o manejo dos recursos repassados pelo MS. Porém, no seu interior, foram criados os grupos que mantêm a correspondência aos antigos seis blocos.

Os embates entre os diferentes atores políticos quanto à defesa ou não de tais mudanças apontam para a necessidade de compreender essa alteração em relação à histórica alocação federal de recursos do SUS. Entende-se que tal medida devesse ser também acompanhada da modificação dos

critérios de rateio dos recursos federais a estados e municípios, conforme determina a Lei nº 141, o que não ocorreu.

É possível aceitar que o modelo anterior de blocos de financiamento, implantado pelo Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 204, significou um pequeno avanço em relação ao passado das diversas ‘caixinhas’, porém sua forma de definição – seis blocos – não foi marcada por uma lógica de alocação de recursos de forma equitativa.

Tratou-se de caracterizá-las como níveis de atenção à saúde e por áreas administrativas do MS, isto é, Bloco da Atenção Básica, Bloco da Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco da Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão e Bloco de Investimento. A única vantagem foi diminuir o excesso de repasses anteriormente estabelecidos – cerca de 320 – para apenas seis, facilitando a utilização financeira dos recursos por parte dos gestores estaduais e municipais^{30,42}.

A Portaria nº 204, contudo, não permitia a transferência dos recursos financeiros entre os Blocos, prejudicando a utilização com base na definição da política local de saúde estabelecida no plano de saúde. Ainda, é importante comentar que esses Blocos, estabelecidos pela Portaria nº 204, não seguiram a lógica de necessidades em saúde.

O novo modelo da Portaria MS nº 3.992¹² avança no sentido de uma luta histórica dos gestores municipais do SUS à medida que permite o manejo dos recursos de forma geral, estabelecendo uma desvinculação financeira deles. Esses gestores podem passar a realmente exercer seu poder em saúde, na medida em que dispõem de apenas duas modalidades de repasses de recursos financeiros, custeio e investimento, assegurando a utilização dos recursos de forma agregada⁴³.

No tocante à questão orçamentária, porém, o novo modelo não promoveu a desvinculação orçamentária. Isso significa dizer que o município ainda deve orçar seus gastos de forma específica em relação aos grupos

e ações definidas pelo MS. Trata-se, por exemplo, de Grupo: Atenção Básica, Ação: Piso da Atenção Básica em Saúde e Ação Detalhada: PAB Variável, ou PAB Fixo, ou ACS, ou Custeio de Atenção à Saúde Bucal etc. Assim, se o gestor municipal não organizar seus itens de gasto na AB dessa forma transferida, terá problemas de comprovação dos recursos aplicados para efeito de prestação de contas com o MS. Nesse caso, ainda se mantém a vinculação orçamentária do gasto a programas específicos, mantendo o MS como agente definidor da política de saúde no território nacional. Portanto, ratifica-se a lógica fragmentada de pensar a atenção primária, corroborando toda a tese de redução conceitual apresentada na seção deste artigo 'Notas históricas sobre os repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: localizando a AB'.

Ainda que o repasse de forma global, custeio e investimento, não se consolidou em termos de desvinculação orçamentária, não deixa de ser uma reivindicação de estados e municípios há anos, desde que o SUS foi criado com a Lei Orgânica nº 8.080/90 e, principalmente, com a Lei nº 8.142/90, que trata das transferências de recursos no interior do SUS. Desde então, falava-se na ideia do repasse dos recursos fundo ao fundo, que seria do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal de saúde, de forma automática e global⁴².

Na prática, isso só funcionou em 1993, com um processo de municipalização que se iniciou naquela época com a Norma Operacional Básica (NOB) 93 do MS. Esta NOB determinou a transferência dos recursos da União para 11 municípios do Brasil que foram habilitados para receber recursos de forma global, passando a ter a responsabilidade sobre a execução de todas ações e serviços de saúde⁴⁴. Na época, essa atribuição foi denominada por gestão semiplena. Significava que o município recebia a transferência e poderia usar o recurso mediante o seu planejamento local; vale dizer, o seu plano de saúde, decidido em um conselho, ou seja, na

sua política de saúde determinada pelas necessidades locais, permitindo um financiamento mais integral da AB. Entre 1993 e 1995, esses 11 municípios receberam recursos da União de forma global. Em que pese a NOB 93 significar um ponto de inflexão no modelo de financiamento ao encontro do conceito ampliado de AB, isso não perdurou por muito tempo.

Com a NOB 96, que criou fortemente os incentivos financeiros para repassar recursos de acordo com os programas definidos pelo MS^{42,44}. O governo federal inventava uma política e exigia que os municípios e estados a adotassem, recebendo assim incentivos financeiros. Se o município desejasse, e era difícil que não o fizesse, em um quadro de constante escassez de recursos, ele poderia mandar um projeto que o habilitaria a receber um incentivo financeiro para implantá-lo. Se o município criasse o projeto para realizar a campanha de combate ao câncer de colo interino e/ou a campanha para combater a catarata, por exemplo, receberia os recursos para essas finalidades. No caso dessa última campanha, existiam municípios que não apresentavam de forma significativa esse problema de catarata, mas acabavam elaborando esse projeto e o enviando para o Ministério a fim de receberem os recursos⁴³, afastando-se por completo das realidades epidemiológicas locorregional. Desse modo, esse modelo de financiamento contribui para o reforço de uma visão residual, assistencialista e não integral do conceito de AB.

Ainda, o grande apoio do financiamento federal instituído pela NOB 96 foi o incentivo à implantação do Programa Saúde da Família. Se o município implantasse uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), ele teria um adicional de recursos do Ministério; se essa equipe implantasse agentes comunitários, ela teria ainda mais recursos. Nesse sentido é que a NOB 96 acabou estabelecendo o PAB⁴³, restringindo a AB apenas a esse tipo de financiamento.

Vale notar que, já em 1997, Bueno e Merhy⁴⁵ argumentavam, de forma contundente,

que a NOB 96, por meio da introdução do PAB, iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente. Desse modo, a NOB estava induzindo o crescimento do número de incentivos financeiros. Isso porque o MS iria repassar os recursos mediante um per capita nacional do governo federal. Na época, foi concebido que o valor seria de R\$ 10 per capita ao ano. Se analisarmos a transferência do Ministério, quando se refere à AB, por exemplo, o que mais cresceu, entre 1997 e 2017, foi a transferência referente ao PAB Variável, e não o PAB Fixo, que é baseado no per capita. O PAB Variável refere-se aos incentivos para implantar as políticas definidas pelo governo federal.

Com base nisso, foram ganhando força os incentivos financeiros na forma de transferência de recursos do MS, em contraposição à forma de repasse global e em sintonia com o conceito ampliado de AB. Disso resultou a criação do que, no âmbito da denominação da gestão do SUS, intitulou-se de ‘caixinhas’ – repasses financeiros ‘carimbados’ conforme políticas definidas pelo MS³⁰.

Após grande pleito dos gestores municipais em alterar a lógica das ‘caixinhas’, foi aprovada a Portaria nº 204/2007, que as agrupou em seis blocos de financiamento. Porém, tornou-se conhecido de todos os gestores que, no interior desses seis blocos, foram sendo gestados novos incentivos; e, até o advento da Portaria nº 3.992, somavam cerca de 800 formas⁴³, demonstrando como a perspectiva restrita se perpetua ainda nessa proposta mais integralizante. Na prática, esse modelo de transferências dos recursos federais inviabiliza a gestão dos recursos baseada nas necessidades de saúde locais.

Em 2012, com a regulamentação da EC 29, por meio da aprovação da Lei Complementar nº 141, ficou conhecido que a discussão não era somente ter mais recursos para o SUS, mas, sobretudo, aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União para os demais gestores, isto é, aperfeiçoar os critérios de

rateio. Desta feita, o art. 17 da Lei nº 141¹¹ determina que as transferências devem ser repassadas pela União para os estados e municípios levando em consideração critérios de rateio, conforme as necessidades em saúde, balizadas nas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e espaciais. O art. 19 repete os critérios do art. 17, mas se refere às transferências dos estados para municípios, quase nunca discutido no âmbito dos fóruns do SUS. Assim, ainda que do ponto de vista institucional, a discussão da equidade na alocação de recursos alcança centralidade no âmbito dos critérios de rateio, aproximando-se de uma visão mais integral.

A metodologia para implantação de critérios de rateio, contudo, de acordo com as necessidades de saúde, ainda não foi definida pelos gestores do SUS. Cabe ressaltar que ainda permanecem os critérios de repasses de recursos mediante a produção de ações e serviços de saúde e os incentivos financeiros para o desenvolvimento de políticas específicas, identificando a persistência da lógica fragmentada. Entende-se que a discussão acerca do financiamento da AB necessita ser ampliada para além dos mecanismos atuais, sendo orientada principalmente por necessidades de saúde, conforme preconiza a Lei nº 141/2012.

Todos os critérios que estão citados na Lei nº 141 devem ser agrupados por três eixos que contemplariam níveis de transferências globais. São eles: Eixo 1: Necessidades de saúde medidas pela situação demográfica, socioeconômica, geográfica e epidemiológica; Eixo 2: Capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde; Eixo 3: Desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental lembrar que as novas modalidades de transferências do MS, segundo a Portaria nº 3.992/2017, estejam associadas aos respectivos eixos referentes aos critérios de rateio da Lei nº 141/2012. Dessa forma, a política local de saúde seria fortalecida em relação às necessidades de saúde da população.

Dimensão do financiamento da AB e da ESF

Quando se analisa a participação das diferentes esferas de governo no gasto público total, permite-se constatar que os recursos federais respondem pela maior participação, ainda que tenha diminuído ao longo da existência do SUS. Isso porque o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC 29/2000 provocaram impactos importantes nesse gasto.

Pode-se verificar, de forma significativa, uma elevação da participação de estados e, principalmente, dos municípios no total do gasto público. Em 1990, o governo federal participava com 74,4% do total desse gasto, os estados, 13,5%, e os municípios, 12,1%. Durante essa década, a participação da União foi decrescendo. Quando a EC 29 foi criada, em 2000, a União respondia por 59,9% do total, os estados, 18,5%, e os municípios, 21,7%. A partir dessa EC, a participação do governo federal foi decrescendo, vindo a atingir 43,2% em 2015. Por sua vez, nesse período, entre 2000 e 2015, observa-se o aumento significativo da participação dos estados, que passou de 18,5% para 25,9%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 30,9%².

Diante da diminuição da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública, há quem entenda que atualmente é menor o papel exercido pelo governo federal

na determinação da política de saúde e que esse estaria sendo preenchido pelos municípios. No entanto, essa interpretação deixa de considerar não só que o governo federal continua sendo o principal detentor dos recursos como também que a participação dos municípios no financiamento está pulverizada em todo território nacional.

Na realidade, o governo federal continua sendo o principal definidor da política de saúde nesse território. Ao longo da implantação do SUS, todos os esforços do MS têm se dirigidos para a alteração do modelo da assistência à saúde, priorizando a AB destituída de sua radicalidade, conforme abordado na primeira seção deste artigo. Porém, o que ocorre é que a Média e Alta (MAC) complexidade detém a maior parte dos recursos alocados, o que destoia da relação ‘modelo-financiamento’ (ver *tabela 1*). Para essa compreensão, é preciso que se analise a evolução do financiamento do governo federal no SUS, por meio da destinação de seus recursos.

Ao se analisar a execução do gasto do MS por subfunções de governo, observa-se que a assistência hospitalar e ambulatorial – na qual está classificada a despesa com a MAC – apresentou uma pequena queda na participação relativa do gasto, passando de 50,5%, em 2007, para 45,2%, em 2017. A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para estados, municípios e para o DF intituladas transferências ‘fundo a fundo’ (*tabela 1*).

Tabela 1. Execução do gasto do Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo as subfunções de governo, 2007-2017

SUBFUNÇÕES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Atenção Básica	17,1	17,2	16,1	16,7	18,1	18,1	18,2	20,3	18,9	19,0	18,4
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	50,5	50,8	49,8	50,5	50,3	49,2	47,0	47,3	47,3	45,4	45,2
Suporte Profilático e Terapêutico	9,4	9,5	10,4	9,8	9,7	10,8	11,6	10,8	12,7	13,4	11,8
Vigilância Epidemiológica	4,5	4,4	5,8	4,8	4,7	4,7	5,1	4,5	5,4	5,9	6,0
Vigilância Sanitária	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Outras Subfunções	17,9	17,5	17,3	17,6	16,8	16,8	17,7	16,7	15,4	16,0	18,4
TOTAL - FUNÇÃO SAÚDE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

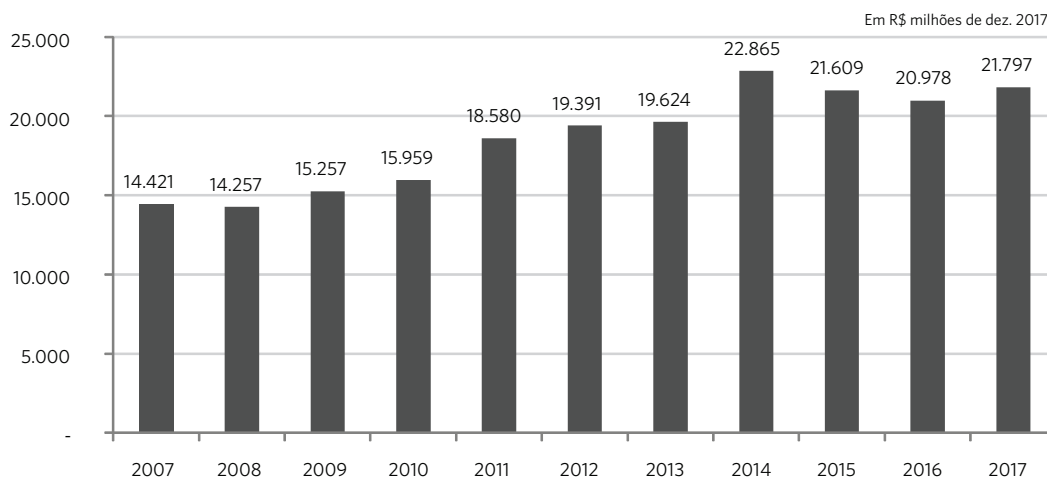
Fonte: Relatório Anual de Gestão do MS^{48,49}.

Por outro lado, houve um pequeno aumento da participação das despesas com AB no total das despesas do MS, que passou de 17,1%, em 2008, para 18,4%, em 2017. Na realidade, esse crescimento na alocação de recursos para a AB foi decorrente da política prioritária do MS de fortalecimento das ações ou programas como os incentivos para a ESF e do Programa de ACS.

Como já indicado na introdução desse trabalho, entretanto, o subfinanciamento do SUS

ficou mais intenso a partir de 2014. É perceptível essa situação quando se verifica o período entre 2014 e 2017. Constata-se um declínio dessa participação das despesas com AB em relação ao total, passando de 20,3% para 18,4%. Essa queda na participação relativa pode ser mais bem visualizada no gráfico 1 quando se apresentam os valores deflacionados a dezembro de 2017 pelo IGP-DI/FGV – Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna da Faculdade Getúlio Vargas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Ministério da Saúde: despesas empenhadas na subfunção Atenção Básica, 2007-2017



Fonte: Relatório Anual de Gestão do MS^{48,49}.

Nota-se que, entre 2014 e 2017, as despesas empenhadas do MS com a subfunção AB diminuíram em 4,7%, passando de R\$ 22.865 milhões para R\$ 21.797 milhões respectivamente (*gráfico 1*). Essa queda não foi verificada na despesa com assistência hospitalar e ambulatorial, na medida em que passou de R\$ 53.402 milhões para R\$ 53.596 milhões. Dessa forma, fica evidenciada que a política de AB foi desprestigiada no início do segundo governo Dilma e, principalmente, nos dois anos do governo Temer.

De forma intensificada, neste último governo, sustentado por setores conservadores da sociedade brasileira, a lógica da política econômica restritiva (principalmente com *superávit* primário com cortes de gastos), adotada pelos governos da década de 1990 e 2000, manteve-se e foi acirrada. Desse modo, podemos identificar diversas medidas que vêm sendo impulsionadas, orientando a saúde para o livre mercado. Dentre elas, cabe destacar a Revisão da PNAB que se materializou na PNAB 2017. Essa nova PNAB flexibiliza a forma como a APS é operacionalizada, por meio da ESF, levando para um processo de aprofundamento da privatização da saúde no País e conduzindo a AB a um caráter residual e assistencialista, distanciando-a de seu caráter de ordenadora do SUS.

Antes de comentar, especificamente, as novas características do financiamento da AB, conforme a PNAB 2017, considera-se importante lembrar a sua composição atual, em termos do PAB Fixo e PAB Variável.

No quadro de subfinanciamento do SUS, o valor do PAB Fixo se mantém, desde 2013, até a última Portaria do MS/GM nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. A depender da categoria populacional dos municípios, o PAB Fixo se enquadra entre R\$ 23,00 e R\$ 28,00 (sendo este último valor para municípios com até 50 mil habitantes) (*quadro 1*). Sabe-se que essa base média per capita é ainda bastante insuficiente para que a AB no SUS assuma a sua responsabilidade de coordenadora do cuidado integral em saúde e

ordenadora das redes de atenção. Isso porque se o maior valor de 2013 – R\$ 28 habitante/ano – fosse atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna (IGP-DI/FGV), corresponderia a R\$ 35,0 em valores de dezembro de 2017.

Entre os componentes do PAB Variável, destacam-se os valores dos incentivos financeiros para as EqSF implantadas. São transferidos a cada mês, com base no número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional do MS. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as EqSF: Modalidade 1, R\$ 10.695,00: I – implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal, e até 30 mil habitantes nos demais estados do País; e II – implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I, e que atendam à população remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município. Modalidade 2, R\$ 7.130,00: implantadas em todo o território nacional, que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1 (*quadro 1*).

Quando as EqSF forem compostas também por profissionais de saúde bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base: I (R\$ 2.230,00) – a modalidade específica dos profissionais de saúde bucal que compõem a ESF e que estão registrados no cadastro do MS no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e II (R\$ 2.980,00) – a modalidade de toda a EqSF, conforme indicado acima e relacionado com as características dos municípios e da população atendida (*quadro 1*).

A ESF incorpora os ACS, o repasse do MS a esse programa conta com valores de R\$ 6.084,00 por agente/mês (*quadro 1*). Além disso, outras formas de repasses são inseridas no financiamento da AB, tais como o Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, Consultório na Rua, o Programa Saúde na Escola, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (*quadro 1*).

Considera-se importante visualizar, de forma sintética, as transferências federais (PAB Fixo e Variável), no âmbito do custeio

e da implantação da ESF, com respectivos valores destinados aos municípios. Para tanto, apresenta-se a seguir o *quadro 1*.

Quadro 1. Financiamento federal da Atenção Básica

FEDERAL					
Custeio					
PAB FIXO	Per capita/ano R\$ 23,00 - 28,00 (a)				
PAB VARIÁVEL	ESF*				
	ESF Modalidade I	ESF Modalidade II			
	R\$ 10.695,00/mês	R\$ 7.130,00/mês			
	ESB*				
	ESB Modalidade I vinculada a ESF I	ESB Modalidade II vinculada a ESF II			
	R\$ 2.230,00/mês	R\$ 2.980,00/mês			
	ACS**				
	R\$ 6.084,00				
	Saúde da Família Ribeirinhas***				
	R\$ 4.000,00/mês				
	Saúde da Família Fluviais***				
	Saúde da Família Fluviais	Saúde da Família Fluviais c/ Saúde Bucal			
	R\$ 34.000,00/mês	R\$ 44.000,00/mês			
	Consultório na Rua****				
	Consultório na Rua I	Consultório na Rua II	Consultório na Rua III		
	R\$ 9.500/mês	R\$ 13.000/mês	R\$ 18.000/mês		
	Nasf*****				
	Nasf I	Nasf II	Nasf III		
	R\$ 20.000,00/mês	R\$ 12.000,00/ mês	R\$ 8.000,00/mês		
	Programa Saúde na Escola				
	R\$ 6.676,00/mín.				
	Programa Academia da Saúde				
	R\$ 80.000,00 - 218.000,00/a depender do m ²				
	PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica				
	Equipe AB	Equipe Saúde Bucal	Nasf I	Nasf II	Nasf III
	R\$ 8.500	R\$ 2.500	R\$ 5.000	R\$ 3.000	R\$ 2.000

Quadro 1. (cont.)

IMPLANTAÇÃO	
ESF	R\$ 20.000,00
ESB I	R\$ 2.230,00
ESB II	R\$ 2.980,00
Nasf I	R\$ 20.000,00
Nasf II	R\$ 12.000,00
Nasf III	R\$ 8.000,00

Fonte: Elaboração própria, com base nas portarias:

*Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012⁵¹.

**Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016⁵².

***Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013⁵³.

****Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011⁵⁴.

*****Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013⁵⁵.

*****Ministério da Saúde⁵⁶.

*****Ministério da Saúde⁵⁷.

***** Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013⁵⁸.

(a) Permanece os valores conforme a Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017⁵⁰.

Sabe-se que os valores repassados pelo governo federal aos municípios são insuficientes para sustentar a ESF³⁰. Na realidade, quando esses incentivos são comparados à contrapartida dos recursos municipais, tem-se que, na prática, esses últimos recursos correspondem a cerca de 70% do financiamento da AB em nível local. Contudo, é possível verificar que grande parte dos gestores municipais também admite que os repasses federais constituam um montante importante para o financiamento desse nível de atenção à saúde.

A introdução desses incentivos, a partir da NOB 96, estimulando os municípios a incorporarem programas que lhes acrescentam receita financeira, vem significando aumento de poder do governo federal na indução da política do MS, especialmente no campo da AB, afastando-se do conceito ampliado e radical desse nível de atenção, como discutido na seção 2. Essa forma de transferência de recurso parece ter assumido um sentido ainda mais significativo no âmbito dos gestores do SUS à medida que não tem

encontrado resistência contrária.

Esse esquema de financiamento vem afastando qualquer possibilidade de alteração da lógica de transferência em direção à alocação dos recursos federais conforme as necessidades de saúde, estabelecidas na Lei nº 141/2012, mencionada na seção 3 deste artigo. Mesmo que a Portaria do MS nº 3.992/2017 tenha alterado as modalidades de transferências federais para uma lógica global por meio de dois blocos, custeio e investimento, nada foi modificado em termos dos critérios de rateio de recursos com base em necessidades de saúde. A lógica dos incentivos financeiros, como base de cálculo dos valores do PAB Variável, permanece intocável. Ainda, cabe dizer que, com a introdução da PNAB 2017, essa lógica foi ainda ampliada.

De acordo com a nova PNAB 2017, segundo a Portaria nº 2.436 de setembro de 2017, os recursos que integram o PAB Variável continuam sendo intitulados como condicionados à implantação de estratégias e programas da AB. Isso corresponde aos recursos específicos para os municípios que

implantarem: as EqSF, as Equipes de Atenção Básica (EAB) – diferenciando-se da ESF –, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde.

Uma novidade importante no financiamento da AB pela nova PNAB é a incorporação de incentivos financeiros referentes à explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, especificamente com a introdução de recursos para equipes de AB, de acordo com seus padrões diferenciados de ações e cuidados – básicos ou ampliados⁴³. Segundo Morosini et al.⁴⁰, pode-se dizer que se trata de uma pretensa flexibilidade, ancorada na argumentação da necessidade de responder às particularidades locais e, ainda, de descompromisso com a integralidade da saúde.

Além disso, a aprovação da nova forma de repasse global (custeio e investimento, conforme a Portaria nº 3.992/2017) parece ser totalmente contrária a essa forma de fragmentação da política por meio de sua própria lógica de financiamento global. Ainda, cabe acrescentar que essa Portaria nem sequer se referiu à introdução de critérios de rateio com base em necessidades de saúde locais, o que contribuiria para mensurar diferenças de atenção à saúde.

A nova PNAB ainda, atribui ênfase, destacando, de forma separada, os recursos condicionados ao desempenho dos serviços de AB com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, como o PMAQ-AB. É perceptível nesse incentivo financeiro a manutenção da lógica gerencial de avaliação por desempenho. Trata-se de mecanismo criado pela PNAB 2011, e reforçado pela PNAB 2017, impondo ao serviço público a utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado, sob discurso da racionalização e eficiência, ficando

conhecida como gerencialismo¹, o que pode gerar ‘ilhas’ de excelência em detrimento de serviços que precisam de maior suporte financeiro-operacional.

Considerações finais

Entendemos que sem um resgate acerca de uma reflexão crítica radical do conceito de AB, retornando ao seu sentido original que remete aos cuidados primários em saúde e ao enfrentamento à determinação social da saúde, é praticamente difícil conduzir uma discussão mais aprofundada sobre as bases de seu financiamento no SUS. Por isso, para cumprir tarefa de tal envergadura, reforçamos a concepção de que o ‘modelo de atenção’ deve ser orientador do processo de financiamento. Se o SUS foi criado com base na principalidade da AP, esta deve necessariamente ser guiada por um financiamento compatível à sua expressão conceitual ampliada.

Na operacionalização da AB, especialmente a partir de 2004, com a introdução do Programa ESF, a integralidade sempre foi um desafio a ser conquistado. No entanto, seu financiamento, desde então, foi sempre orientado pela fragmentação, isto é, por incentivos financeiros – PAB Variável – que estimulavam os municípios a criarem programas que lhes adicionassem receita financeira, reforçando o aumento de poder do gestor federal na indução da política de saúde. Além disso, essa lógica de incentivos financeiros reforçou e ainda reforça a ideia restrita de AB ao ponto de se introduzir a PNAB 2017.

Não é de estranhar que nessa trajetória histórica de redução da concepção de AP nunca se conseguiu implantar uma forma de alocação dos recursos federais, especialmente para a AB, que se orientasse por critérios de rateio com base em necessidades em saúde. Isso é perceptível com o retardamento da implantação dos critérios introduzidos pela Lei nº 141, de 2012.

Assim, reiteramos a ideia que se não forem alterados os critérios de rateio e a concepção limitada em que a AB se encontra, certamente seu refinanciamento – em virtude dos prejuízos imposto pela EC 95, desfinanciando o SUS – também padecerá de problemas com efeitos diretos na atenção em função das necessidades em saúde da população.

Colaboradores

Carnut L, Mendes NA e Guerra LD contribuíram para elaboração com as seguintes atividades: substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados, bem como para a redação final; e significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

- Mendes Á, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. In: XXIII Encontro Nacional de Economia Política. 12 a 15 de junho de 2018. Niterói: UFF; 2018.
- Mendes A, Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: Abres; MS; OPAS; 2016. p. 139-168.
- Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planej Polit Públicas*. 2017; 49:35-53.
- Soares A. O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 202 p.
- Mendes A. Os impasses dos direitos sociais trabalhistas e do financiamento da seguridade social e da saúde brasileira no capitalismo contemporâneo em crise. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. *Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: Doc Content; 2016. p. 15-41.
- Scharamm JMA, Paes-Sousa R, Mendes, LVP. Políticas de Austeridade e seus impactos na saúde. *Textos para Debate*. 2018 maio; 1:1-38.
- Dwek E, Oliveira ALM, Rossi P, organizadores. *Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil* [internet]. São Paulo: Brasil Debate; 2018 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.
- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo [internet]. Rio de Janeiro: Cebras; 2018 [acesso em 2018 jul 2]. Disponível em: <https://goo.gl/FrHR2H>.
- Martins R. Os mais vulneráveis pagam a conta da austeridade. *Carta Capital* [internet]. 2018 jul 24 [acesso em 2018 ago 14]. Disponível em: <https://>

www.cartacapital.com.br/revista/1013/os-mais-vulneraveis-pagam-a-conta-da-austeridade.

10. Funcia F. Transferências financeiras do fundo nacional de saúde para estados e municípios em 2017: efeitos da limitação de pagamentos imposta pelo teto de despesas primárias da emenda constitucional 95/2016 e evidência dos riscos da portaria MS 3992/2017. *Rev Domingueira Saúde* [internet]. [acesso em 2018 jun 16]; 17:1-6. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-17-junho-2018>.
11. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências Diário Oficial da União. 14 Jan 2012.
12. Brasil. Portaria nº 3992 de 28 de dezembro de 2017. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Dez 2017.
13. Kleczkowski BM, Roemer MI, Werff AVD. National health systems and their orientation towards health for all: guidance for policymaking [internet]. Geneva: World Health Organization; 1984 [acesso em 2013 fev 2]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
15. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007; 17(1):29-41.
16. Pereira MFV. A inserção subordinada do Brasil na divisão internacional do trabalho: consequências territoriais e perspectivas em tempos de globalização. *Soc Natureza*. 2010; 22(2):347-355.
17. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Serv Social Soc*. 2017; (130):564-582.
18. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH, organizadores. Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
19. Foucault MO. Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1984. p.121-140.
20. Leavell S, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
21. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
22. Karl M. *Crítica ao Programa de Gotha*. São Paulo: Boitempo; 2012.
23. Buss P, Pelegrinni-filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
24. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344(8930):1129-1133.
25. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2008; 1:7-27.
26. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(6):1027-1034.
27. Krüger TR. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. *Rev Katál*. 2014; 17(2):218-226.

28. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 575-626.
29. Melo RB. Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009. 209p.
30. Mendes A, Marques RM. A Dimensão do Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Contexto do SUS. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. 1. ed. Campinas: Saberes; 2014. p. 458-517.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
32. Gusso GDF. Terminologia da atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):93-99.
33. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
34. Moretti-Pires RO. Complexidade em saúde da família e a formação do futuro profissional de saúde. *Interface.* 2009; 13(30):153-166.
35. Botazzo C. Sobre a Atenção Básica: Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. In: Botazzo C, Oliveira MA. (Org.). Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. 1ed. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda, 2008, p. 1-12.
36. Ghenno EER. Complexidades da atenção... básica. Rede Humaniza SUS [internet]. 2009 mar 2 [acesso 2012 ago 2]. Disponível em: <http://redehumaniza-sus.net/4723-complexidades-da-atencao-basica/>.
37. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1177-1186.
38. Brasil. Portaria n. 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.* 21 Out 2011.
39. Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASFs. *Diário Oficial da União.* 24 Jan 2008.
40. Morosini MVG, Fonseca, AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24
41. Brasil. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Regula o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União.* 30 Jan 2007.
42. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Colet.* 2003; 8(2):403-415.
43. Mendes A. As categorias de repasses do financiamento federal do SUS. *Rev Conasems.* 2017; 70:42-45.
44. Mendes A. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. 422 p.
45. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. In: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica. 1997. p. 96.

46. Vasconcellos SC. A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do Pacto pela Saúde (2006-2010): o caso do Estado da Bahia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 158 p.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2011. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2011.pdf.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2017. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>.
50. Brasil. Portaria nº 3.947, de 28 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Atualiza a base populacional para o cálculo do montante de recursos do componente Piso da Atenção Básica Fixo PAB Fixo da Portaria 1.409/GM/MS. Diário Oficial da União. 28 Dez 2017.
51. Brasil. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 17 Mai 2012.
52. Brasil. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional – Saúde da Família. Diário Oficial da União. 11 Maio 2016.
53. Brasil. Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento. Diário Oficial da União. 28 Ago 2013.
54. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 26 Jan 2012.
55. Brasil. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União. 5 Abr 2013.
56. Adesão ao Programa Saúde na Escola ciclo 2017-2018. [acesso 2018 out 13]. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_adesao_pse_12_06.pdf.
57. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Cidade. [acesso 2018 out 13] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=construcao_polos.
58. Brasil. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Diário Oficial da União. 5 Abr 2013.

Recebido em 11/06/2017

Aprovado em 23/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde

Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System

Patty Fidelis de Almeida¹, Maria Guadalupe Medina², Márcia Cristina Rodrigues Fausto³, Ligia Giovanella⁴, Aylene Bousquat⁵, Maria Helena Magalhães de Mendonça⁶

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Niterói (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>
pattyfidelis@id.uff.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva, (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0746-3684>
marciafausto@ensp.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>
giovanel@ensp.fiocruz.br

⁵Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>
aylenebousquat@gmail.com

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3917-9103>
mhelenam@ensp.fiocruz.br

DOI: 10.1590/0103-11042018S116

RESUMO Coordenação do cuidado significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade. O presente ensaio faz uma revisão dos estudos, teóricos e empíricos, sobre coordenação do cuidado, tendo como objetivo norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no Sistema Único de Saúde. A síntese é realizada a partir de três dimensões, consideradas centrais para análise desse atributo no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira: posição da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial; integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial; e integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território. Buscou-se identificar conceitos, evidências, resultados e desafios acerca da coordenação do cuidado no cenário nacional, assim como formular uma ‘agenda estratégica pró-coordenação’ que reconhece os avanços alcançados, mas também a incompletude dessas iniciativas. Na medida em que o fortalecimento da APS é uma das mais potentes medidas pró-coordenação, a diminuição de investimentos e de prioridade na Estratégia Saúde da Família representa o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos, capazes de garantir a integralidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE Coordenação do cuidado. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *Coordination of care means establishing connections in order to achieve the greater goal of providing/meeting the needs and preferences of users in the provision of health care, with high value, quality and continuity. This essay reviews the theoretical and empirical studies on coordination of care, with the objective of identifying policies, strategies and instruments to achieve better coordination in the Unified Health System. The synthesis is carried out from three dimensions, considered central to analyze this attribute in the context of Primary Health Care (PHC) in Brazil: position of the Family Health Strategy in the care network; integration between care levels and interfaces with care regulation; and horizontal integration with other attention and care devices in the territory. It sought to identify concepts, evidence, results and challenges regarding the coordination of care in the national scenario, as well as to formulate a ‘pro-coordination*



strategic agenda' that recognizes the progress achieved, but also the incompleteness of those initiatives. As the strengthening of PHC is one of the most powerful pro-coordination measures, the reduction of investments and priority in the Family Health Strategy represents the weakening of the consolidation of systemic arrangements, capable of guaranteeing integrality in health.

KEYWORDS *Coordination of care. Primary Health Care. Family Health Strategy.*

Introdução

A coordenação dos cuidados pela Atenção Primária à Saúde (APS) promove melhorias na qualidade da prestação, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Na literatura internacional, identificamos uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado¹, que envolvem elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos².

Essa definição foi inspirada, em grande medida, no modelo conceitual proposto por McDonald et al.¹ que parece ilustrar com exatidão o sentido atribuído à coordenação do cuidado: *'anything that bridges gaps'*. Nesse sentido, coordenar significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados, com elevado valor e qualidade. O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolvem duas ou mais pessoas (incluindo o usuário do serviço/sistema de saúde) e o manejo de recursos de modo a produzir uma oferta adequada do

cuidado¹. A coordenação do cuidado está no centro desse processo, interligando recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros.

Quanto maior a multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos na provisão do cuidado e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado¹, como no caso das condições crônicas que exigem o uso simultâneo de diversos serviços. A coordenação, portanto, não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Pelo contrário, para que seja efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, complexidade e nível de fragmentação do sistema e, acrescentaríamos nós, às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos.

No desenrolar da prestação do cuidado ao indivíduo, as relações interpessoais e interorganizacionais são implementadas de diferentes maneiras, que, segundo Contandriopoulos et al.³, correspondem a três tipos de coordenação: a coordenação sequencial, quando um usuário encontra sucessivamente os profissionais ou organizações durante um episódio de doença (é o caso, por exemplo, de um paciente com pneumonia que é encaminhado pelo médico

da APS para um pneumologista); a coordenação recíproca, quando um usuário é tratado simultaneamente por diversos profissionais ou organizações (por exemplo, usuário hipertenso que é acompanhado, ao mesmo tempo, pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, pelo médico da APS e por um cardiologista); e a coordenação coletiva, quando uma equipe de profissionais ou organizações assegura continuamente a responsabilidade da tomada de decisão dos usuários segundo modalidades decididas conjuntamente (por exemplo, no caso de um paciente com câncer que é acompanhado concomitantemente por especialistas, como oncologista, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais de cuidado paliativo e médico da APS, que discutem o caso e compartilham decisões)³.

Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações⁴. Tais arranjos são implementados por meio de práticas de coordenação e envolvem fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações e a operação de mecanismos e instrumentos diversos.

McDonald et al.¹ destacam a importância das perspectivas e participação de indivíduo/família e dos profissionais de saúde na concepção, mensuração e processos de coordenação. Sucessos e falhas serão percebidos e podem ser mensurados diferentemente, de acordo com cada perspectiva; e para que uma análise seja suficientemente abrangente, precisa tê-las em consideração.

Os usuários e suas famílias experenciam falhas de coordenação especialmente nos pontos de transição entre um serviço e outro¹. É o que ocorre, por exemplo, quando o usuário precisa repetir sua história ao procurar diferentes profissionais de saúde (em um mesmo ou em distintos serviços), ou quando

precisa repetir exames quando trafega entre diversos pontos de atenção. Leat et al.⁵ desenvolveram ferramentas de mensuração da coordenação do cuidado incorporando questões desse tipo. Em tais circunstâncias, pode-se dizer que não há coordenação quando: o usuário acaba por ser o principal instrumento de coordenação e a ausência de outros mecanismos representa, também, desperdício de tempo e recursos, incorrendo em ineficiências do sistema de saúde.

A perspectiva dos profissionais de saúde diz respeito ao que diversos autores têm denominado de coordenação ou de integração clínica^{1,3} e se apoia na constituição de equipes multiprofissionais ou de integração entre os diversos envolvidos no cuidado. Também aqui, a coordenação tanto se expressa no âmbito de uma equipe de saúde como entre unidades, ou entre estas e os dispositivos de apoio diagnóstico e terapêutico do sistema. Nesse caso, facilita a circulação eficiente e efetiva do usuário no sistema de saúde e envolve a determinação de para onde o usuário deve ser encaminhado, que informações precisam ser transferidas entre distintos serviços e como as competências e responsabilidades são compartilhadas. Profissionais de saúde percebem falhas de coordenação especialmente quando o usuário é direcionado para o ‘lugar’ errado no sistema de saúde ou quando há pouca efetividade na resolução do problema em função de troca de informações inadequadas ou insuficiência de informações¹.

A coordenação como estratégia para superação da fragmentação assistencial também expressa os objetivos fundamentais de sistemas de saúde em contextos diversos. Embora os instrumentos e mecanismos reconhecidamente possam ser utilizados em diferentes sistemas de saúde, os objetivos podem ser muito distintos. Por exemplo, existem os interesses de mercado, como nos sistemas de caráter privado, ou aqueles fundamentados por objetivos universalizantes e de equidade, como em sistemas públicos. A

despeito dos diferentes tipos de sistema de saúde, a coordenação tem com foco favorecer que a atenção à saúde seja apropriada e eficiente no sistema de saúde¹.

Na literatura, pode-se identificar diversas definições e classificações da coordenação do cuidado. A mais conhecida e adotada no Brasil é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde: coordenação horizontal e vertical. Diferencia-se entre as iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical). A coordenação implica, portanto, o estabelecimento de relações entre organizações (do mesmo ou de diferentes níveis, da mesma ou de diferentes instituições) e entre pessoas (do mesmo ou de diferentes serviços, da mesma ou de diferentes instituições)^{3,4}. Em nosso país, ainda que a literatura considere a existência da coordenação horizontal, a maioria dos estudos tem analisado e enfatizado a perspectiva organizacional estabelecida na integração entre diferentes níveis do sistema de saúde, como se discutirá adiante.

Especificamente em relação aos sistemas públicos universais de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a coordenação entre níveis assistenciais e a coordenação horizontal representa a base para que a coordenação clínica seja operada pelos profissionais nos serviços de saúde. Portanto, para que a coordenação ocorra, é necessário que a rede assistencial esteja estabelecida geograficamente, com população definida, papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde que compõem a rede de atenção, função esta que extrapola a capacidade de um nível específico do sistema.

A rede regionalizada é uma estratégia fundamental para os sistemas de saúde universais equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. A constituição de redes de atenção regionalizadas traz como questão central

a definição da população em espaços territoriais específicos com vistas à garantia da oferta integral em saúde. Constitui-se, dessa forma, em importante instrumento para o alcance de ampliação do acesso, qualidade na atenção, eficiência no sistema de saúde e diminuição de desigualdades⁶. A APS é parte dessa rede regionalizada, e o seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, de toda a população circunscrita aos territórios regionalizados. Por conseguinte, a posição ocupada pela APS na rede assistencial, se mais central ou periférica, determinaria suas possibilidades de exercer a função de coordenadora do cuidado.

Desde Alma Ata, tem-se destacado a importância da APS na organização dos sistemas de saúde; e os movimentos de reforma mais recentes têm assinalado a importância da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado⁷. No Brasil, a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização pôs em relevo o desafio do fortalecimento da APS na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a coordenação do cuidado um de seus atributos fundamentais, elo central da integração e organização do sistema^{8,9}.

Diante do exposto, o presente ensaio faz uma revisão dos estudos sobre coordenação do cuidado, tendo como objetivo norteador a identificação de políticas, estratégias e instrumentos para alcance de melhor coordenação no SUS. A síntese é realizada a partir de três dimensões, consideradas centrais para análise desse atributo no contexto da APS brasileira: posição da ESF na rede assistencial; integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial; e integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território. Embora se reconheça que a coordenação do cuidado envolva outras dimensões¹, este ensaio parte do pressuposto que somente uma APS forte, com papel central na 'direção do sistema'¹⁰,

poderia desempenhar a função coordenadora, seja entre níveis assistenciais mediada pelos sistemas de regulação, seja no território. O ensaio é apoiado em estudos, teóricos e empíricos, buscando-se identificar conceitos, evidências e resultados acerca da coordenação do cuidado no cenário nacional. Buscou-se apresentar uma síntese consistente e ampliada dos resultados alcançados no enfrentamento da fragmentação dos cuidados em saúde, assim como os desafios para a formulação de uma agenda estratégica que reconhece os avanços, mas também a incompletude das iniciativas pró-coordenação pela APS no SUS.

Posição da ESF na rede assistencial

Parte-se da proposição que somente uma APS fortalecida como parte de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais¹¹. O reconhecimento de sua posição na rede representa elemento técnico e simbólico fundamental para a assunção das funções de guia do percurso terapêutico dos usuários em suas trajetórias assistenciais. Assim, reformas direcionadas à ampliação do escopo de serviços providos pela APS, incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários, execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar, introdução de equipes multiprofissionais, integração entre APS e saúde pública, também conformam medidas pró-coordenação^{12,13} na medida em que seu fortalecimento a habilita a ocupar a direção do sistema. Ojeda et al.¹⁴ destacam que uma APS forte se caracteriza por ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade.

Estudos nacionais mostram que a ESF foi adotada com a perspectiva de mudança do modelo assistencial na APS. Desde então, medidas para seu fortalecimento vêm sendo implementadas em diferentes graus: ampliação de cobertura; desenvolvimento de estratégias de acolhimento; definição de sua função de porta de entrada e de filtro para a atenção especializada; articulação entre atendimento à demanda espontânea e programada; tentativas de articulação com os serviços de pronto atendimento; implantação dos Conselhos Gestores para fortalecer a relação entre as unidades de saúde de determinado território e diminuir a informalidade de definição dos fluxos e ações de coordenação; articulação das ações de saúde pública, vigilância e assistência; além de fomentar maior reconhecimento profissional e social dos trabalhadores da APS, estas últimas ainda tímidas e insuficientes^{11,15-17}.

De modo geral, a explicitação nas políticas locais de saúde do papel de porta de entrada e coordenação dos cuidados pela ESF pode ser apontada como reconhecimento de sua importância estratégica na rede. Ainda que os profissionais de saúde devam ser acolhedores e que todos os serviços estejam oportunamente disponíveis aos usuários, defende-se a APS, e, no caso brasileiro, o protagonismo da ESF, como via de acesso principal e rotineiro. Outras entradas devem ser a exceção. Por esse prisma, compreendemos que uma rede com porta de entrada difusa entre os diferentes pontos, em diferentes níveis, representa fragilização das Equipes de Saúde da Família (EqSF) ou, ainda, a não valorização da ESF como locus capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas e territórios. Em cenários cuja comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas pode inviabilizar os frágeis processos de coordenação e continuidade do cuidado¹⁸.

Rodrigues et al.¹⁷, em revisão dos estudos nacionais, apontam que a coordenação das redes pela APS passa pelo fortalecimento do

papel do generalista na condução dos cuidados; incentivos para que as equipes de APS desenvolvam ações de coordenação, reconhecendo-se que estes não são processos espontâneos e que precisam ser incentivados e facilitados; implantação de práticas baseadas no agir comunicativo; e alargamento de suas bases de apoio¹⁷. Harzheim et al.¹⁹ reconhecem a ampliação dos canais de comunicação com a população como importante mecanismo para consolidação da APS.

Silva e Andrade²⁰, ao analisarem as políticas nacionais (2007/2011), não identificaram especificidades em relação ao objetivo de alcançar melhor coordenação dos cuidados pela APS. Contudo, um conjunto de políticas como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as RAS (Brasil, 2011) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo foco é o fortalecimento da APS, sobressaíram-se, ratificando a relação entre APS forte e melhor coordenação. Destacou-se a edição dos ‘Cadernos de Atenção Básica’, com protocolos e parâmetros técnicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, como facilitadores da coordenação dos cuidados, por qualificar os processos de referência e contrarreferência. Na percepção dos gestores, os Nasf foram considerados a principal estratégia para melhoria da coordenação dos cuidados ao ampliar a resolubilidade da APS e qualificar os processos de referência²⁰. Nesse mesmo sentido, análises com bases nos resultados do PMAQ sinalizam que o apoio matricial atua na qualificação da atenção básica, agrega recursos de saber e potencializa a capacidade resolutiva das equipes, na perspectiva dos profissionais²¹.

É importante destacar que estudos ratificam desempenho superior em relação aos atributos da APS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com EqSF, demonstrando êxito da política ao apostar nesse modelo para qualificação e fortalecimento da APS no SUS, ainda que os atributos de ‘acesso – primeiro contato/acessibilidade’, ‘orientação comunitária’ e ‘orientação

familiar’ – tenham-se revelado insuficientes em alguns cenários¹⁹. Esses resultados reforçam evidências de que, apesar da ESF ser considerada a principal porta de entrada do sistema, ainda precisa ser organizada para tornar-se ordenadora do acesso à rede.

Em estudo realizado por Turci et al.²² para avaliação de desempenho da APS, o atributo da coordenação mostrou-se influenciado por características estruturais e organizacionais, sugerindo-se que as UBS com maior número de equipes e tempo médico por equipe, adequada formação dos profissionais e presença de uma rede especializada articulada às unidades apresentaram maior probabilidade de ter um bom desempenho neste atributo.

Assim como o prontuário informatizado e utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) facilitam a relação entre APS e demais níveis, Santos e Ferreira²³ destacam que o prontuário da família representa importante instrumento para a coordenação horizontal, embora tenham identificado falta de padronização do registro das informações, da classificação e do arquivamento, e pouca utilização de seu conteúdo informacional no processo de trabalho das equipes.

Venancio et al.²⁴ identificam dificuldades em relação ao acesso das EqSF aos exames realizados na atenção especializada, o que compromete a continuidade do cuidado e realização de busca ativa dos usuários com exames alterados. Os autores mencionam as atividades educativas em grupos como facilitadoras da vinculação dos usuários à rede básica e estratégias para a produção de autonomia dos pacientes²⁴.

Outra via para fortalecer a APS circunscreve-se à valorização e expansão das atribuições clínicas dos enfermeiros. Almeida e Santos¹⁸ destacam inclusive, a possibilidade de aumento do número desses profissionais nas EqSF, principalmente naquelas que atuam em áreas mais vulneráveis, ajustando-se ao perfil epidemiológico do território, de forma que possam compartilhar ações gerenciais, clínicas e promocionais mais alargadas no território e aumentar a resolubilidade. Estudo realizado

pelos autores em regiões de saúde da Bahia também apontou a valorização do ACS como sujeito estratégico para fortalecer a integração horizontal, na medida em que continua sendo o elo que garante o vínculo do usuário com a equipe, responsável por comunicá-la sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca pela resolução dos problemas de saúde; realização de ações de vigilância em saúde; além de apresentar potencial para detectar vulnerabilidades sociais. Nessa lógica, advoga-se que o ACS apresenta potencial para integrar o território real à rede formal, o que justifica ações para sua qualificação e manutenção nas equipes de APS.

A expansão do cardápio e adensamento do arsenal tecnológico nas UBS, com inclusão obrigatória de equipes de saúde bucal, assim como a garantia do apoio matricial do Nasf ou outros arranjos possíveis, ampliam as possibilidades de trocas de saberes, favorecendo maior integração e qualificação dos profissionais, além de tirá-los do isolamento e incentivar o trabalho interdisciplinar no alcance do cuidado integral. Dessa forma, o apoio matricial pode ser compreendido como ferramenta de qualificação do acesso e arranjo organizacional capaz de dar sustentabilidade à conformação de redes, potencializando uma ação integrada e articulada²¹.

Por conseguinte, um aspecto não menos relevante refere-se à capacidade de mobilização de recursos financeiros como indicador do grau de prioridade política, apontada como um indicador potente para medir a fortaleza da APS ao interior de um sistema de saúde²⁵.

Integração entre níveis assistenciais e interfaces com a regulação assistencial

Na PNAB^{8,9} a coordenação do cuidado é definida como ‘coordenação da integralidade’, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de

integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as RAS. Assim, é clara a referência ao conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, que evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidas no cuidado para alcance de integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão mais eficiente dos recursos²¹. Nessa mesma perspectiva, alinha-se o conceito e as ferramentas para a regulação assistencial, fundamental para a conformação das RAS e para viabilizar o acesso mais equitativo aos recursos da saúde, no lugar, no tempo, com custos e qualidade adequados.

Em revisão da literatura que buscou identificar evidências científicas sobre as fragilidades, potencialidades e desafios da APS na coordenação das RAS, no período de 2000 a 2011, Rodrigues et al.¹⁷ não identificaram estudos anteriores ao ano de 2006, o que, provavelmente, relaciona-se com as políticas para o fortalecimento da APS com a publicação da PNAB naquele ano e, posteriormente, com o marco legal que deu maior visibilidade ao tema das RAS na agenda política²⁶. Mais recentemente, observa-se ampliação de estudos com foco na coordenação do cuidado e com enfoque das regiões de saúde.

Estudos argumentam que a abrangência e força da APS são dependentes de sua articulação e integração nas redes regionalizadas, que, embora pouco consolidadas em território nacional, apontam um caminho a ser fortalecido na busca pelo cuidado integral^{27,28}. Por esse ângulo, a construção de redes regionalizadas passa necessariamente pelo encontro da esfera local e regional na constituição de uma porta de entrada resolutiva, abrangente e com potencialidades para assumir a coordenação do cuidado para além dos limites municipais, a depender do contexto, sobretudo em municípios de pequeno porte²⁹.

Estudos sobre o tema no Brasil indicam que a dimensão de integração da rede, necessária à coordenação do cuidado, pode ser potencializada pela expansão da ESF com diminuição das barreiras de acesso e consolidação da função de porta de entrada; criação de serviços de especialidades médicas nos distritos/regiões de saúde; implantação de Sistemas Informatizados de Regulação (Sisreg); informatização dos prontuários eletrônicos; implementação do gestor de caso como 'coordenador' do cuidado ao usuário na rede de serviços institucionais e comunitários; desenvolvimento de protocolos gerenciais e clínicos, sobretudo se elaborados de forma compartilhada; iniciativas de comunicação formal/informal e apoio matricial entre profissionais das equipes de APS, Nasf, Centros de Atenção Psicossocial e atenção especializada, assim como envolvimento dos ACS em atividades de coordenação^{15,16,21,29-31}. A constituição de redes temáticas foi mencionada por alguns estudos como favorável à organização do sistema em redes²⁹, contudo, ainda insuficiente para garantir a coordenação dos cuidados pela APS, visto que foram desenhadas para atender a segmentos específicos de usuários, atomizando a proposição das RAS regionalizadas²⁰.

Em análise realizada com base nos resultados do PMAQ, Chaves et al.²¹ afirmam que ações de apoio matricial, como discussão de caso, ação clínica compartilhada, construção conjunta de projetos terapêuticos e organização conjunta de intervenções nos territórios, qualificam e associam-se ao melhor desempenho das equipes de APS, aprimorando sua capacidade para o trabalho em rede. Embora o apoio matricial tenha se mostrado importante qualificador para o trabalho em rede, dois quintos das equipes participantes do PMAQ (1º ciclo) afirmaram não receber apoio do Nasf.

No que se refere à dimensão da integração entre níveis, compete destacar que o subfinanciamento público com restrição da retaguarda terapêutica, aliada a mecanismos pouco eficientes de programação e planejamento em saúde (como a Programação

Pactuada e Integrada), agrava problemas decorrentes de vazios assistenciais presentes em regiões de saúde de diferentes portes^{29,32,33}. Nesse sentido, a escassez de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência nas regiões de saúde se sobressaem à discussão das redes²⁹. Conforme destacam Santos e Giovanella³³, o cenário de escassez e desarticulação favorece a criação de circuitos paralelos e exercício de práticas clientelistas que privilegiam os interesses privados e transformam o direito à saúde em troca de favores.

Em contexto de reconhecida insuficiência de recursos, dispositivos para garantia de acesso oportuno e equitativo como a regulação assistencial correm o risco de operar na perspectiva da restrição de acesso aos tetos preestabelecidos, impondo mais uma barreira à trajetória assistencial dos usuários³³. Na análise dos dados do PMAQ, Chaves et al.²¹ ratificam tal proposição ao verificar que as centrais de marcação de procedimentos estavam presentes na maioria dos municípios, mesmo naqueles classificados com baixo nível de integração da rede. Os autores destacaram que a disponibilidade de centrais de marcação de procedimentos não discriminava as equipes quanto à sua integração à rede. Esses resultados parecem apontar certo esgotamento dos processos de regulação assistencial, guiados pela lógica de organização da oferta, pouco afeito às necessidades de saúde da população.

Além das mencionadas acima, outras barreiras em relação à integração entre níveis assistenciais são apontadas pelos estudos, entre as quais: desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais da APS e dificuldades para o agendamento de consultas especializadas; falta de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis; ausência de valores e metas compartilhadas acerca dos resultados organizacionais; insuficiência e descontinuidade dos processos comunicacionais; descompasso entre o desenho da regionalização e a prática dos usuários¹⁷.

Assis et al.³⁴ também destacam aspecto

pouco tratado pelos estudos sobre coordenação, indicando a participação incipiente do usuário no processo de atenção e a necessidade de envolvê-lo como agente ativo. Destarte, em estudo que investigou a coordenação assistencial na perspectiva de pessoas vivendo com HIV/Aids, foram considerados insatisfatórios os indicadores de ‘discussão sobre os possíveis locais de atendimento em caso de encaminhamento’ e ‘recebimento de guia de contrarreferência’, ratificando a pouca participação dos usuários no processo de coordenação de seus cuidados³⁵.

Também a atenção especializada carece de maior qualificação para o trabalho em rede, avançando na ampliação e otimização da oferta, implantando dispositivos de regionalização. A esse aspecto, soma-se a incipiência na incorporação das TIC para comunicação entre níveis no SUS. Tal fato se agrava pela baixa adesão à tradicional proposta de referência e contrarreferência que, ainda que conservadora e burocrática, referendada por inúmeros estudos como insuficiente para organização de RAS com continuidade do cuidado, poderia oferecer algum suporte clínico à coordenação do cuidado pelas equipes de APS¹⁸.

Além das estratégias capazes de otimizar a integração e comunicação entre os níveis, o fortalecimento da diretriz da regionalização como locus político e organizacional das RAS, em nosso contexto, também pode ser considerada medida pró-coordenação. Nessa direção, espaços de governança regional instituídos como a Comissão Intergestores Regional (CIR), ainda que imperfeitos e insuficientes, carecem de aperfeiçoamento e fortalecimento para co-gestão das redes, com participação ativa do ente estadual e suas representações regionais descentralizadas, cuja atuação não se restrinja ao apoio institucional e ao papel burocrático de organização das reuniões, especialmente nos municípios com maior dificuldade técnica e gerencial³⁶. Mais recentemente, uma Resolução da Comissão Intergestores Tripartite³⁷ que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões

de saúde instituiu mais um ator ao processo de regionalização, cabendo-nos observar possíveis sinergias ou enfraquecimento do já frágil papel das CIR.

Outro desafio, que não dialoga diretamente com as estratégias e instrumentos para integração entre níveis, mas que precisa ser enfrentado, refere-se à ampliação da oferta pública de serviços de saúde em distintas densidades tecnológicas, rompendo com a dependência do prestador privado e com a mercantilização da saúde dentro do SUS³³.

Embora se destaque a importância dos estudos realizados, muitos dos quais informaram políticas nacionais na direção de estratégias e instrumentos pró-coordenação, Rodrigues et al.¹⁷ apontam o desafio de delineamentos metodológicos mais robustos, com consistência interna e validade externa acerca das evidências científicas da capacidade da APS coordenar as redes de atenção em cenário nacional.

Integração horizontal com outros dispositivos de atenção e cuidado no território

A integração da APS com outros dispositivos do território onde se localizam as equipes profissionais, especialmente no âmbito da ESF, faz parte da concepção territorializada do modelo brasileiro. De fato, a ESF pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos³⁸, para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações como objeto de intervenção, compreendido este enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais. Esse modo de atuação implica o reconhecimento do território, por meio do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições

geográficas e ambientais relacionadas com riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia, portanto, de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de APS – subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo movimento da reforma sanitária brasileira – coloca como desafio adicional o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário, como têm designado alguns autores³⁹.

De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde têm exigido uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios. Alguns estudos têm problematizado e analisado a questão da coordenação, a gestão de ações intersetoriais de saúde e o protagonismo do setor saúde no desenvolvimento dessas ações⁴⁰.

No que diz respeito às articulações com outros setores, as mais frequentes ainda são aquelas entre Saúde e Educação, estimuladas pela criação do Programa Saúde na Escola, objeto de incentivo do governo federal. Tais iniciativas, de grande importância para o redirecionamento do modelo de atenção no país, têm, entretanto, apresentado sérios limites quanto ao desenvolvimento das práticas e à efetividade das ações, tais como:

ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas⁴¹⁽¹⁷⁸²⁾.

Vale mencionar, também, a partir de 2004, as articulações estimuladas pelo cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família⁴². Além da redução da pobreza, há evidências de que a inclusão das condicionalidades para a vinculação ao Programa teve como consequências o aumento da frequência

escolar e da vinculação das crianças aos serviços de saúde, especialmente em Unidades de Saúde da Família (USF)⁴³.

Engajamento comunitário e mobilização social com outras instituições no âmbito do território para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de doenças foram pouco analisadas nos estudos incluídos nesta revisão, e pouco mencionadas quando foram objeto de investigação. Um exemplo é o estudo de Venancio et al.²⁴ que analisou a implementação da Linha de Cuidado em hipertensão arterial e diabetes mellitus em uma região de saúde do estado de São Paulo. Os autores destacaram a ausência de iniciativas por parte do Departamento Estadual de Saúde da região e a incipiência de ações referida pelos gestores municipais, muito embora gerentes de UBS referissem parcerias com Organização Não Governamental (ONG) para o desenvolvimento de ações com a comunidade. Esse é um caso ilustrativo que demonstra que ainda que existam ações intersetoriais nos espaços das unidades de saúde, ainda há pouca institucionalidade quando se trata da integração horizontal nos diferentes níveis do sistema. Esta é uma hipótese que merece ser mais bem investigada.

Vale mencionar, também, a necessidade de articulação das unidades de saúde com a rede de apoio social para dar suporte a usuários e famílias que precisam de cuidados especiais, que operacionalizam o princípio da responsabilidade sanitária, central no estabelecimento de vínculo entre equipes de saúde e famílias no território^{44,45}.

Proposições estratégicas e desafios para a melhoria da coordenação do cuidado pela APS no SUS

Na elaboração de proposições, consideramos que uma coordenação do cuidado efetiva necessita incorporar as perspectivas dos

usuários, dos profissionais de saúde e da condução do sistema. Tais perspectivas encontram-se entrelaçadas; e as ações e estratégias desenhadas devem ser avaliadas em função das repercussões nessas três dimensões.

Um sistema de saúde que tenha em perspectiva atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados deve, portanto, considerar o seu ponto de vista e sua participação na definição de seu plano terapêutico como um dos elementos para a organização da oferta de serviços. Para os usuários que buscam respostas para as suas demandas, não importa tanto ‘como’, mas principalmente ‘se’ as suas necessidades são resolvidas no serviço de saúde. Considerar as expectativas dos usuários torna-se, por conseguinte, chave fundamental para que a APS se coloque no sistema como porta de entrada preferencial, lugar de procura regular para resolver oportunamente a maior parte dos seus problemas de saúde e acessar recursos especializados, quando necessário.

Desde a perspectiva dos usuários e a organização dos processos de trabalho, a primeira condição para a APS coordenar o cuidado é que se constitua no primeiro nível assistencial com acessibilidade e capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, e que garanta a continuidade assistencial. As UBS vêm-se constituindo gradualmente em fonte usual do cuidado⁴⁶ com a importante ampliação do número de UBS e equipes, e cada vez mais se responsabilizam pelo agendamento de atenção especializada¹⁶.

No entanto, resolutividade e qualidade são desafios presentes, dependentes de ações sistêmicas. Políticas públicas, nos últimos oito anos, tais como Requalifica UBS, Programa Mais Médicos (PMM), PMAQ, E-SUS, convergem para o fortalecimento e qualificação de processos assistenciais na APS⁴⁷. Nesse sentido, políticas e ações voltadas para construção, ampliação e reforma das UBS, garantia da presença de médicos nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de

trabalho, continuidade informacional e institucionalização da avaliação contínua para melhoria da qualidade devem ter continuidade e avanços em suas proposições, já que a capacidade clínica da APS, a sua integração às RAS, bem como os subsídios necessários para a realização da coordenação clínica permanecem como importantes desafios.

Na mesma perspectiva de aumento da resolutividade da APS, fortalecer as equipes multiprofissionais, com maior número de equipes completas por UBS, o que inclui a ampliação da saúde bucal, Nasf e garantia de tempo médico nas equipes; aumento do escopo de prática de outros profissionais – coordenação clínica pelo enfermeiro e fortalecimento da coordenação horizontal pelo ACS; garantia de retaguarda terapêutica, inclusive farmacológica; somadas à melhoria da infraestrutura são ações possíveis e estratégicas para alcance de melhor coordenação do cuidado.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, o estabelecimento efetivo das conexões entre os pontos de atenção passa pelo conhecimento da oferta e disponibilidade de serviços para onde encaminhar, o que implica definição clara dos serviços de referência e da existência de fluxos de informação bem instituídos e, sobretudo, suficiência nos recursos para retaguarda terapêutica.

Desde a perspectiva dos usuários, as informações entre serviços e níveis devem estar organizadas de modo a evitar esforços excessivos de repetição de informações e procedimentos para o atendimento de suas necessidades. Do ponto de vista da comunicação interprofissional, o fluxo de informações deve ser fluido entre os diversos pontos de atenção. A adoção ampliada das TIC¹, cujo E-SUS é um dos instrumentos, aliadas a estratégias de acomodação mútua que oportunizem contatos formais e informais entre os trabalhadores do SUS são estratégias de reconhecido valor para a promoção de continuum assistencial.

Também há que se admitir que a função de ‘coordenação dos cuidados’ é processo de trabalho, ou seja, não irá surgir

espontaneamente⁴⁸; e, para tal, são necessários incentivos (financeiros e não financeiros como disponibilidade de tempo), protocolos clínicos e gerenciais consensuados, e, para agravos específicos, definição de gestores de caso. Isto não deve significar, entretanto, a perda da continuidade e vínculo com a equipe APS. Muito pelo contrário, deve ser incentivado o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores, que necessariamente só pode ser realizado no território, e que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.

Em uma perspectiva sistêmica, a fragmentação é uma constatação no SUS, o que afeta diretamente a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais com cuidados descontinuados. No caso da APS, a ausência de papéis e fluxos claramente definidos tem caracterizado o modo como os serviços de saúde operam em territórios municipais e regionais, agravando a desarticulação assistencial, produzida pela insuficiente integração entre prestadores, baixa qualidade dos processos de regulação e insuficiente oferta de atenção especializada. Embora, nos últimos anos, tenha-se observado a ampliação de serviços especializados, especialmente as policlínicas, e o esforço de constituição de redes temáticas voltadas para determinados tipos de condição ou doença/agravo, o sistema de saúde brasileiro carece de uma política direcionada para a atenção especializada e hospitalar na perspectiva do fortalecimento regional, inclusive com a garantia de espaços de cogestão das RAS regionalizadas, de instrumentos de planejamento em saúde a partir de necessidades e monitoramento e definição de tempos máximos de espera. Mecanismos de monitoramento devem ser instituídos, com transparência na divulgação de filas de espera e efetivação do acompanhamento dos tempos máximos estipulados por lei para alguns agravos.

A ideia de organização de serviços de

saúde orientada por lógicas mais centradas no usuário e suas necessidades em saúde deve ser a base para a definição clara dos serviços de referência e fluxos de informação no território. Não se trata de rigidez normativa, mas de oferecer, de fato, acesso aos serviços necessários. Para isso, deve-se considerar as tendências de deslocamento da população no território e aspectos socioespaciais e culturais influenciando a organização da rede assistencial em todos os níveis de atenção. O desenho dos fluxos nas regiões de saúde deve levar em consideração o contexto dos usuários (disponibilidade de transporte, acesso geográfico, cultural) e suas trajetórias assistenciais habituais.

Devemos considerar no contexto atual o grande desafio para a coordenação do cuidado relacionado com a organização da rede regionalizada e territorializada, a partir da implementação de mecanismos de regulação assistencial que facilitem o acesso e que não representem barreira de acesso aos serviços, como tem ocorrido em muitas situações nas quais filas em portas de hospitais se transmutaram em filas virtuais nas centrais de regulação. Para tanto, é fundamental a elaboração de protocolos e diretrizes com papéis e funções bem definidos para todas as unidades que compõem o sistema e a constituição de um trabalho colaborativo, que agregue valor e qualidade à prestação do cuidado.

Na medida em que o fortalecimento da APS representa uma das mais potentes medidas pró-coordenação^{12,48}, a diminuição de investimentos e de prioridade na ESF representa, ao mesmo tempo, o enfraquecimento da consolidação de arranjos sistêmicos capazes de garantir a integralidade em saúde. A superação das características hegemônicas do modelo de atenção, ainda caracterizado pela fragmentação entre níveis e pouco comprometimento com o trabalho em rede e processos mais horizontais e interdisciplinares, também constitui desafio, tanto para as equipes de APS quanto para profissionais dos demais níveis¹⁷.

A disponibilidade de médicos para a APS é um indicador da orientação dos sistemas de saúde. No Brasil, é reconhecida a insuficiência de médicos, sobretudo com formação apropriada, dificuldade enfrentada parcialmente pela provisão emergencial via PMM⁴⁹. Esse problema afeta a estruturação da rede, pois uma APS sem cobertura apropriada ou desestruturada se reflete em sobrecarga para o restante dos serviços de saúde e acesso por vias não adequadas, limitando o acesso oportuno³³. Sem uma política nacional para a valorização (laboral, social e financeira) do trabalho, a APS se vê submetida às possibilidades municipais de atração e fixação de profissionais, cedendo às imposições do mercado em detrimento de suas diretrizes e necessidades de saúde dos territórios.

Finalmente, a despeito de todos os desafios, a proposição do que chamamos de ‘agenda estratégica pró-coordenação’ reconhece os avanços alcançados, mas também a incompletude dessas iniciativas, que, em alguns casos, precisam ser ampliadas, em outros, fortalecidas e, em alguns, reinventadas. Gostaríamos de sublinhar que o caminho percorrido nos 30 anos do SUS, ainda com

limites e problemas, mas, também, sucessos e acertos, revela uma antecipação das preocupações atuais dos sistemas de saúde no plano internacional.

Exemplo disso foi o Simpósio Europeu de Atenção Primária recentemente realizado na Inglaterra, que colocou como tema central o desafio de integrar a APS e a ação comunitária (Integrating Primary and Community care: an International Perspective, 2018). Nesse ponto de vista, há certo vanguardismo do sistema de saúde brasileiro ao adotar uma concepção ampliada de saúde desde o marco constitucional e ao assumir o trabalho comunitário, especialmente por intermédio da atuação do ACS, como um elemento central do modelo de APS pela via da ESF.

Colaboradores

Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM foram responsáveis pela concepção do ensaio, produção, análise, interpretação dos dados e redação final do manuscrito. ■

Referências

1. McDonald KM, Schultz E, Albin L, et al. Care Coordination: Atlas Version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
2. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 3]; 22(6):1845-1856. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1845.pdf>.
3. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, et al. Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures* [internet]. 2001 [acesso em 2018 out 3]; 8(2):38-52. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Charo_Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuvre/links/02e7e52de8be5562df000000/Integration-des-soins-Dimensions-et-mise-en-oeuvre.pdf.
4. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [acesso em 2018 out 3]; 20(supl.2):331-336. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>.
5. Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Papers* [internet]. 2000 [acesso em 2018 out 3]; 1(2):13-55. Disponível em: <http://hospitalquarterly.com/content/17216>.
6. Kuschnir R, Chorny A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2010 [acesso em 2018 out 3]; 15(5):2307-2316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPAS; 2010. n. 4.
8. Brasil. 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*. 2011. 22 Out 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial*. 22 Set 2017.
10. Boerma GW. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: Saltman RB, Rico A, Boerma GW, organizadores. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Londres: Open University Press; 2010. p. 25-47.
11. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. panam. salud pública*. [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 4]; 29(2):84-95. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>.
12. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2006 mai [acesso em 2018 out 4]; 22(5):951-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-1X2006000500008&script=sci_abstract&tlng=pt.
13. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [internet]. 2010 maio [acesso em 2018 out 4]; 10(65). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-65>.

14. Ojeda JJ, Freire JM, Gérvas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Rev Adm Sanit* [internet]. 2006 abr [acesso em 2018 out 4]; 4(2):357-82. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13091843>.
15. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2009 mai-jun [acesso em 2018 out 4]; 14(3):783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014.
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debat.* [internet]. 2014 out [acesso em 2018 out 4]; 38(n.esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
17. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 fev [acesso em 2018 out 4]; 19(2):343-352. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232014000200343&script=sci_abstract&tlng=pt.
18. Almeida PF, Santos AM. Diálogos em busca de ordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba. 2015. p. 277-303.
19. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2016 maio [acesso em 2018 out 4]; 21(5):1399-1408. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci_abstract&tlng=pt.
20. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2014 out-dez [acesso em 2018 out 4]; 24(4):1207-1228. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>.
21. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 fev [acesso em 2018 out 4]; 34(2):1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00201515.pdf>.
22. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 set [acesso em 2018 out 4]; 31(9):1941-1952. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000901941&script=sci_abstract&tlng=pt.
23. Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 4]; 22(3):1121-1137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015.
24. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis* (Rio J.) [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 4]; 26(1):113-135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000100113&script=sci_abstract&tlng=pt.
25. WHO-World Health Organization. *Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008*. Geneva: WHO-World Health Organization. 2008.
26. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011.
27. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 out 4]; 22(4):1141-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt.
 28. Fausto MCR, Campos SEM, Almeida PF, et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* [internet]. 2017 out [acesso em 2018 out 4]; 17(Supl.1):S73-S82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-0S63.pdf.
 29. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública* [internet]. 2016 dez [acesso em 2018 out 4]; 50:1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006602.pdf>.
 30. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2010 fev [acesso em 2018 out 4]; 26(2):286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.
 31. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 4]; 48(2):357-365. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/81164/84798>.
 32. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. Salvador: Edufba; 2015.
 33. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2016 mar [acesso em 2018 out 4]; 32(3):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>.
 34. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 4]; 46(1):111-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a15>.
 35. Lopes LM, Magnabosco GT, Andrade RLP, et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 4]; 30(11):2283-2297. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2283.pdf>.
 36. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 5]; 25(2):320-335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200320&script=sci_abstract&tlng=pt.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 37 de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União. 23 Mar 2018.
 38. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad de Saúde Pública* [internet]. 2009 maio [acesso em 2018 out 5]; 25(5):1153-1167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>.
 39. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, et al. Social theory and the renewal of the foundations of contempora-

- ry public health practice. *Am. j. public health.* 2005; 95:591-595. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449225/>.
40. Greer LS, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 5]; 116(1):12-17. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000323>.
41. Sousa MC, Espiridião MA, Medina MG. A interseccionalidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2017 jun [acesso em 2018 out 5]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
43. Carvalho AT, Almeida ER, Jaime PC. Condiçionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde Soc.* [internet]. 2014 dez [acesso em 2018 out 5]; 23(4):1370-1382. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104306>.
44. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient. Soc.* [internet] 2014 jul-set [acesso em 2018 out 5]; 17(3):135-154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a09.pdf>.
45. Medeiros KKAS, Pinto Júnior EP, Bousquat A, et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [internet] 2017 set [acesso em 2018 out 5]; 41(esp.3):288-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0288.pdf>.
46. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int. j. equity health.* [internet]. 2016 nov [acesso em 2018 out 5]; 17;15(01):151. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852265>.
47. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCA, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 5]; 21(9):2695-2706. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232016000902697&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
48. Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med.* [internet]. 2008 mar [acesso em 2018 out 5]; 358:1064-71. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr0706165>.
49. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da produção científica. Brasília, DF: OPAS; 2017.
50. European Symposium 'Integrating Primary and Community Care'. 2 March, 2018. Kent (United Kingdom). [acesso em 2018 out 5]. Disponível em: <http://www.euprimarycare.org/news/european-symposium-integrating-primary-and-community-care-2-march-2018-kent-united-kingdom>

Recebido em 31/05/2018
 Aprovado em 30/08/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios

Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges

Márcia Valéria Morosini¹, Angélica Ferreira Fonseca²

DOI: 10.1590/0103-11042018S117

RESUMO O artigo analisou a construção do perfil de atuação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde – conhecidos internacionalmente como Community Health Workers –, apoiado na discussão sobre as disputas em torno do seu trabalho. Foram examinados documentos das políticas de saúde, com destaque para as inflexões produzidas sobre suas atribuições e formação profissional. Buscou-se compreender a racionalidade e os argumentos que sustentam as alterações induzidas pelas políticas e seus possíveis resultados sobre as práticas. Identificou-se que esse trabalho tem assumido conformações crescentemente próximas da educação para a saúde em uma vertente biomédica, agravada por mecanismos de gestão que promovem sua fragmentação e simplificação. Não houve avanço na implementação do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e, em paralelo, vêm se instituindo qualificações breves e impulsionadas por demandas pontuais. Entende-se que as políticas dirigidas a esse trabalhador se orientam por uma perspectiva de curto prazo e expressam, no contexto brasileiro atual, o próprio enfraquecimento do Sistema Único de Saúde. Observa-se a redução do papel do Agente Comunitário de Saúde na consolidação de estratégias que poderiam contribuir para concretizar a Atenção Primária à Saúde como espaço de fortalecimento da universalidade e da integralidade.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Política de saúde.

ABSTRACT *The article analyzed the construction of the profile of professionals internationally known as Community Health Workers, supported in the discussion about the disputes surrounding their work. Health policy documents were examined, with emphasis on the inflections produced on their attributions and professional training. It was sought to comprehend the rationality and the arguments that sustain the changes induced by the policies and their possible results on the practices. It was identified that this work has assumed conformations increasingly close to health education in a biomedical aspect, aggravated by management mechanisms that promote its fragmentation and simplification. There was no progress in the implementation of the Technical Course of Community Health Worker and, in parallel, short qualifications have been introduced and driven by specific demands. It is understood that the policies directed to this worker are guided by a short-term perspective and express, in*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6720-3150> marcia.morosini@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1694-1959> angelica.fiocruz@gmail.com



the current Brazilian context, the very weakening of the Unified Health System. It is observed the reduction of the role of the Community Health Worker in the consolidation of strategies that could contribute to implement Primary Health Care as a space for strengthening universality and integrality.

KEYWORDS *Community Health Workers. Primary Health Care. Family health. Health policy.*

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) somavam, em agosto de 2018, 263.756 trabalhadores, presentes em 98% dos municípios brasileiros, integrando as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹. Instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), têm contribuído para a extensão de cobertura e a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no País.

Desde as experiências anteriores ao Pacs, prevaleceu, como elemento central do trabalho do ACS, a articulação entre os serviços de saúde e a vida no território, a partir da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Ao longo de 27 anos de sua trajetória no SUS, importantes indicadores do perfil da categoria se modificaram, particularmente a escolaridade. Na primeira década de implantação do Pacs/Programa Saúde da Família (PSF), a exigência de escolaridade restringiu-se a ‘saber ler e escrever’. A partir da Lei nº 10.507/2002², passou-se a exigir o ensino fundamental. Naquele contexto, apenas 18,2% dos ACS tinham completado o Ensino Médio (EM); e 0,6%, o Ensino Superior (ES). Atualmente, dados da pesquisa de Pinto, Medina e Pereira et al.³ conformam um quadro com expressivas alterações:

70,97% dos agentes têm o EM completo, e 12,71%, o ES completo.

Considerando que muitos ACS complementaram sua escolaridade após o ingresso na profissão, conclui-se que o trabalho impulsiona a continuidade dos estudos. Predomina a formação em saúde, com 30,5 % dos ACS estudados formados como auxiliares e técnicos de enfermagem. Essas informações refletem a inclusão dos ACS nas turmas do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Além disso, a enfermagem é um grupo profissional que, em seu cotidiano na ESF, mantém fortes ligações com as atividades dos ACS⁴.

Quanto aos cursos de nível superior, além da enfermagem, destacam-se o serviço social e a psicologia, também ligados a demandas das comunidades e importantes para o trabalho intersubjetivo, que caracteriza as ações educativas realizadas pelos ACS. Fica claro que há um anseio por profissionalização que não encontrou espaço para se efetivar por meio da formação específica, tal como propõe o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004⁵.

As modificações relativas à forma de contratação e ingresso no trabalho apontam para condições menos vulneráveis. Entre os contratados mais estáveis, temos os ACS estatutários que somam 55,53%, e os empregados públicos via CLT com 26,33%. O ingresso no trabalho se dá principalmente por

meio de concurso público (54,02%), seguido pela seleção pública (39,56%). Entretanto, registra-se uma situação destoante no Sudeste, onde o percentual de estatutário é de 22,54%, e o de celetista é de 27,23%³, fato preocupante devido à presença de importantes capitais brasileiras, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, nas quais predomina a terceirização intermediada por Organizações Sociais (OS).

Apesar dessas importantes alterações, muitas condições se mantiveram: trata-se de uma categoria predominantemente composta por mulheres que residem na área em que atuam, com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. A Visita Domiciliar (VD) segue como a atividade a qual os ACS conferem maior importância e que compõe a sua rotina de trabalho^{3,6}.

O fato de haver uma jornada definida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)^{7,8,9} e mecanismos de controle, como assinatura de ponto, não elide o problema desses trabalhadores atuarem para além do seu horário. Ao menos três fatores combinam-se, para a ampliação do tempo de trabalho: a moradia na comunidade, a necessidade de demonstrar disponibilidade como forma de legitimação aos moradores, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente agravadas no contraturno de funcionamento das unidades básicas. Há um quarto elemento que diz respeito à lógica de gestão dos serviços, baseada na aferição de produtividade que implica o alcance mensal de um determinado número de famílias visitadas. Quando um imóvel está fechado durante o dia, há relatos de ACS que fazem a visita à noite para encontrar os moradores.

Um primeiro momento de reconfiguração do trabalho do ACS foi a sua inserção no PSF, quando ele passou a integrar uma equipe multiprofissional. Mais recentemente, a incorporação crescente de novos modelos de gestão dos serviços e do trabalho na APS têm sido o principal vetor de mudanças em seu trabalho.

A análise dessas modificações abrange vários aspectos. Destacamos os efeitos sobre

as condições em que o trabalhador atua, os direitos associados ao trabalho e as contribuições para o processo de atenção à saúde e realização dos princípios do SUS. Aqui, trataremos o trabalho do ACS como um indicador sensível das disputas que se colocam no campo da APS quanto ao modo de compreender o processo saúde-doença; o que é objeto da atenção à saúde; a definição do escopo e da abrangência dos serviços e das ações; assim como a configuração das práticas e do processo de trabalho.

Neste artigo, refletimos sobre as mudanças que têm sido operadas neste trabalho, relacionando-as com pontos importantes de inflexão da PNAB em torno do modelo de atenção e os efeitos projetados na configuração da APS. Trata-se de uma reflexão necessária particularmente no momento em que estão em curso: a implementação de uma nova PNAB e alterações na regulamentação do trabalho do ACS e na sua formação, em um contexto de aprofundamento do desmonte do SUS como um sistema público e universal.

O ACS na Estratégia Saúde da Família: trama de conquistas, perdas e desafios

Os agentes de saúde foram inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, bem como o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, alcançando significativas melhoras em indicadores como a morbidade e a mortalidade materna e infantil.

Uma mudança marcante para o trabalho do ACS é quando esse trabalhador passa a integrar uma equipe multiprofissional e sua atuação é remetida às necessidades da organização do trabalho, a partir da dinâmica

das unidades de atenção à saúde, na qual predomina as consultas médica, de enfermagem e odontológica, quando houver. Em plano complementar, encontram-se os procedimentos realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal. É nesse contexto que o seu papel de mediador entre os serviços, os profissionais de saúde e os moradores dos territórios é exaltado, e a alusão ao ACS como elo entre serviços e a comunidade torna-se uma ideia que, apesar de vaga, propaga-se como uma síntese de seu papel no SUS, convergindo com a maioria dos perfis internacionais do trabalhador comunitário em saúde¹⁰.

Atualmente, em vez de testemunharmos maior integração de suas atribuições com as equipes de saúde, observamos a progressiva dependência do ACS diante do processo de trabalho projetado para essas equipes, cujos objetivos estão crescentemente submetidos à lógica do monitoramento dos indicadores de resultados e de produtividade.

Na rotina do ACS, a atividade preponderante é a VD, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Nas VD, os agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. As VD são a principal expressão da presença do ACS no território.

Nesses encontros com os moradores, os ACS identificam situações de saúde, muitas vezes não manifestas como demandas, que só chegam a se expressar para o sistema de saúde pela atuação do ACS. Embora isso seja um objeto da crítica à medicalização promovida pela ESF¹¹, supomos que reduzir ou reverter essa possível medicalização depende do investimento em processos formativos que possam problematizar essa questão, bem como da preservação dos espaços de discussão do processo de trabalho das equipes.

No interior das unidades, os ACS apoiam

atividades coletivas associadas aos tradicionais programas de saúde, como grupos de hipertensos, além de outras atividades mais relacionadas com a promoção da saúde, como a educação física. Deveriam participar também das reuniões de equipe e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Outra atividade atribuída ao ACS na unidade é o acolhimento, ou seja, ele tem sido a primeira pessoa a receber, escutar e interpretar as necessidades dos usuários.

Grande carga de trabalho dos ACS tem se destinado à realização de atividades que refletem um escopo mais reduzido e de grande interface com tarefas de apoio e burocratizadas. Para ilustrá-las, citamos: a separação de fichas/prontuários dos usuários, a anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para as atividades, a orientação de filas e até mesmo as atividades de limpeza. Essas atividades foram repetidamente observadas na pesquisa 'Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências'⁶.

As atividades realizadas nas unidades também se desdobram em atividades burocráticas no território, como a entrega de resultados de exames, Kit-odonto e agendamentos. Esse conjunto de ações, associado àquelas relacionadas com a produção e com o registro de informações, tem crescido e concorrido com a disponibilidade para o trabalho mais elaborado de educação em saúde no território. Compromete-se o tempo e a direção dada às atividades na comunidade. As VD, por exemplo, tendem a ser breves e simplificadas, com predomínio das ações que podem ser mais facilmente quantificáveis, em detrimento da interação subjetiva com os moradores. As ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que exigem discussões, planejamento e diálogo com pessoas e instituições, são também relegadas a segundo plano, aguardando uma oportunidade de serem inseridas na agenda, o que raramente se confirma¹².

Entre a política e a regulamentação, a profissionalização dos ACS

Em relação ao ingresso em uma esfera de formalização, destacam-se as conquistas no plano legislativo que criam a profissão de ACS e passam a regulamentá-la^{2,13} (Leis nº 10.507/2002 e nº 11.350/2006). Tal posição se confirma, desde a PNAB 2006, pela definição de atribuições específicas para esse trabalhador. Dá-se um processo de deslocamento do ACS de uma situação de informalidade para a integração nas relações sociais pertinentes a um trabalhador do SUS. Criam-se condições para a organização e para as lutas coletivas que têm resultado em importantes avanços, como a crescente despreciação das formas de contratação e a instituição do piso salarial nacional para a categoria. Podemos afirmar também que os ACS são e se reconhecem como uma força política com participação em âmbito nacional¹⁴.

A formação profissional representou, em certo momento, um espaço de avanço que não se confirmou. A preparação para o trabalho, inicialmente sem parâmetros definidos, tem uma trajetória que inclui o curso introdutório, de carga horária e conteúdos variados e a capacitação em serviço, com a participação dos enfermeiros e ACS mais antigos. Essas formas de qualificação breves e intermitentes surgem como alternativa à permanente demanda dos serviços por mais profissionais com condições de viabilizar suas inúmeras atividades¹⁵. Assim, são tomadas como uma solução imediata, mas, no médio prazo, tornam-se um problema, pois nenhuma delas converge para uma profissionalização de fato, nem promove uma formação consistente.

A publicação dos Referenciais Curriculares do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004⁵, contribuiu para que a formação técnica representasse um caminho potencialmente consistente

para se aliar trabalho e educação, em um contexto de valorização de ambos. Essa formação tornou-se uma realidade em poucos municípios, não tendo alcançado a grande maioria dos ACS. Portanto, significa mais uma expectativa do que um avanço propriamente dito⁴.

O processo de despreciação dos vínculos ganhou impulso com a Lei nº 11.350/2006 que determinou a contratação direta desses trabalhadores por instituições vinculadas “órgãos ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional”¹³⁽¹⁾. Em muitos municípios, os ACS passaram a ser contratados como estatutários ou empregados públicos, via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)³. Embora o percentual de ACS com vínculos precários tenha diminuído, a preocupação persiste devido à importância da terceirização em grandes centros urbanos, e à recente modificação da legislação trabalhista que fortalece esse tipo de vinculação e aponta para a redução de direitos e a ampliação da insegurança no trabalho. Acrescentam-se a esse cenário as modificações projetadas para a Atenção Básica (AB) na PNAB 2017^{9,16}.

O piso salarial também não foi implementado em todos os municípios e permanece como pauta estratégica do movimento organizado desses trabalhadores. Esse problema guarda relação com as restrições financeiras que afetam os municípios e que tendem a se ampliar no contexto da Emenda Constitucional 95 que congela o orçamento público durante 20 anos.

Os gestores municipais reiteradamente alegaram que a Lei de Responsabilidade Fiscal era um obstáculo para a despreciação dos vínculos, para a implementação da formação técnica – que supunham estar associada à elevação salarial – e para a instituição do piso da categoria. No tocante aos vínculos, esses argumentos se diversificaram. A preocupação com a folha de pagamento perdeu posição perante as possíveis vantagens que os contratos flexíveis trazem para a gestão¹⁷.

No caso dos obstáculos postos à realização da formação técnica, não se pode desconsiderar a influência de uma concepção que valoriza os atributos subjetivos, ligados à origem comunitária dos ACS, e considera que esta formação poderia produzir um distanciamento entre esse trabalhador e a realidade das pessoas de sua comunidade. Este argumento, reiterado durante muitos anos, hoje, perdeu força. A elevação da escolaridade geral da categoria aqui já referida, por um lado, contribui para desmistificar esse argumento contrário à formação profissional dos ACS, mas, de outro, aporta novo problema. Percebe-se que muitos ACS já buscaram um caminho próprio de profissionalização, inclusive de nível superior, fragilizando ainda mais o projeto de uma formação própria, representada pelo Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

A proposta de formação técnica dos ACS, que não obteve o aval da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi progressivamente perdendo importância na agenda do Ministério da Saúde (MS) e sempre ocupou uma posição subordinada, na pauta do movimento organizado dos trabalhadores, diante das urgências relativas ao salário e aos vínculos.

Em relação às atribuições dos ACS, documentos normativos de abrangência nacional – programas, portarias, decretos e leis – têm-se ocupado da sua definição. Destacam-se: a Portaria nº 1.886 do MS, publicada em 1997¹⁸, o Decreto nº 3.189, de 1999¹⁹, a Lei nº 10.507, de 2002², e a Lei nº 11.350, de 2006¹³. Desde 2006, a configuração do trabalho dos ACS passa a ser objeto das definições estabelecidas nas Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006⁷, 2011⁸ e 2017⁹.

Até 2006, nos documentos normativos, as atribuições dos ACS enfatizavam o caráter educativo do trabalho, com atividades de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação. O lócus de atuação prioritário era o território, e a visita domiciliar era

a estratégia principal. Coexistiam duas perspectivas de trabalho educativo: uma, baseada na concepção de educação para a saúde, fortemente limitada por parâmetros biomédicos, voltada à disseminação de comportamentos saudáveis; e outra, mais abrangente, vinculada à participação social, implicando a mobilização política e assumindo como horizonte do trabalho intervir na determinação social do processo saúde-doença²⁰.

A partir da publicação da primeira PNAB, explicita-se um redirecionamento nas diretrizes do trabalho. Perdem centralidade as ações de educação que passam a ser apresentadas como meios de efetivação de outras atividades principais de promoção, prevenção e vigilância. Em 2011, com a segunda edição da PNAB⁸, essa tendência se acentua. Ao exemplificar as atividades educativas realizadas pelos ACS, o texto da política cita apenas doenças, e as associa à prevenção e ao controle de riscos.

As atividades dos ACS que enfocam a participação popular são excluídas dos textos das PNAB e, com elas, é suprimida também a expressão ‘qualidade de vida’, tão cara ao campo da promoção da saúde.

Embora publicada no mesmo ano que a PNAB 2006, a Lei nº 11.350 assume uma perspectiva mais ampla do papel dos ACS. Esta diferença é tributária da participação do movimento organizado dos agentes na sua formulação, especialmente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), e ao apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do MS, cuja agenda política volta-se, à época, para o fortalecimento dos trabalhadores e a valorização da gestão pública no SUS⁴.

O substrato político do trabalho do ACS vai sendo progressivamente debilitado nos documentos da política. O próprio termo ‘política’ desaparece da definição de suas atribuições nas PNAB 2006 e 2011. Mais uma vez, a Lei nº 11.350 representa um contraponto, estabelecendo atividades de “estímulo à participação da comunidade

nas políticas públicas voltadas para a área da saúde”¹³⁽¹⁾ e a participação desse trabalhador em “ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida”¹³⁽¹⁾.

Apesar de não suprimir o termo ‘comunidade’, as PNAB o utilizam com menor frequência e restringem o seu significado ao local de exercício das atividades de promoção e prevenção – ‘na comunidade’. Anteriormente, ‘comunidade’ indicava o sujeito da participação política que o trabalho do ACS deveria promover⁴.

O diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade deixa de ser atribuição do ACS, assim como as ações voltadas ao fortalecimento da relação entre o setor saúde e outras áreas das políticas públicas. Não se trata aqui de verificarmos perdas pontuais, mas de caracterizarmos a alteração de sentido que se produz em torno do trabalho do ACS. Consolida-se o compromisso com atividades fragmentadas, como ‘cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados’. Caracteriza-se a transição de uma atividade com escopo amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento). Estudos desenvolvidos no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) alertam para a negligência com o contexto sociocultural na produção do mapeamento dos territórios²¹.

Essa mudança de sentido vai redefinindo não apenas o escopo de práticas dos ACS, mas também o significado do território para o seu trabalho. Ao permitir que o ACS desenvolva atividades no interior da unidade, a PNAB 2006⁷ legitima o deslocamento do seu eixo de trabalho do território para a instituição. O tempo de trabalho no território é duplamente afetado: por um lado ocorre uma subtração para realizar as tarefas na unidade; por outro, ele é gradativamente orientado por objetivos com recortes bastante pontuais. O

trabalho passa a se organizar a partir de uma racionalidade que atende a propósitos muito específicos, cujos nexos remetem mais fortemente à lógica gerencialista, em detrimento de princípios estruturantes da ESF, que nos apontam o território como espaço de relações em múltiplas dimensões e não o reduzem a local de intervenção sanitária⁴.

Desenvolver parte do trabalho na unidade não é, por si, um problema. Esta poderia ser uma oportunidade de integração do ACS na equipe técnica, dado que o trabalho multiprofissional tem a articulação como um requisito. Entretanto é a natureza das atividades que têm sido atribuídas aos ACS no interior das unidades que sublinha a necessidade de crítica em relação à forma como esse processo de trabalho vem se transformando. Em geral, o ACS é encarregado de desempenhar tarefas que o aproximam de um auxiliar genérico dos demais profissionais. Por vezes, essas ações podem ser realizadas para suprir a ausência de outros trabalhadores ou estarem incorporadas à dinâmica de organização do trabalho.

Verifica-se uma transição do sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação com as ações desenvolvidas pelos serviços. Hoje, este trabalho tende a se caracterizar como uma atividade meio, instrumentalizada e utilitarista, mais comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção.

Os problemas agravados pelos novos modelos de gestão

Várias inflexões no trabalho dos ACS resultam da adoção, no setor público, da lógica, das práticas e dos instrumentos baseados na Nova Gestão Pública (NGP), originalmente concebidos para o gerenciamento do setor

privado. Na saúde, a implementação da NGP promove a reestruturação do processo de trabalho, direcionando-o para o alcance de metas cujo desenho permita a aferição de resultados mensuráveis; instituindo instrumentos de controle; e construindo formas de contratação entre o setor público e o privado para a oferta de serviços²².

A APS não está isenta dessa racionalidade que é viabilizada por meio de mecanismos de gestão inseridos na lógica da avaliação, mas limitados às práticas de monitoramento. Resultados, indicadores e metas tornam-se componentes que organizam a reflexão sobre o que tem valor no trabalho e integram-se ao vocabulário que media as interações profissionais. Essa concepção de gestão inclui a adoção de incentivos financeiros, com previsão de remuneração diferenciada, para profissionais, equipes, serviços e, até mesmo, níveis intermediários de gestão, em função da produtividade alcançada.

Essa lógica requer a distinção dos eventos sobre os quais se aplicam relações de causa e efeito e para os quais se possam dirigir atividades quantitativamente mensuráveis. Para reforçá-las, a gestão institui mecanismos de estímulo, controle e cobrança que as privilegiam. Foi desse modo que as 'linhas de cuidado' alcançaram o status prioritário, em uma relação explícita com a prevenção de doenças: linha de cuidado do câncer, da diabetes, da hipertensão, por exemplo.

A mensuração quantitativa exige um grau importante de parcelamento das atividades e imprime um reconhecimento fragmentado do trabalho, com decorrente atribuição de parcelas a cada um dos profissionais. Essa elaboração sobre o trabalho e sobre a gestão incide de forma muito nociva sobre o ACS, na medida em que o seu trabalho já é tratado como menos complexo e mais difuso, sendo mais permeável às variadas demandas dos serviços. Os principais efeitos desse processo são a simplificação de suas atribuições e o reforço da polivalência. Tal combinação é amparada por qualificações

pontuais frequentemente impulsionadas por urgências sanitárias⁴, cuja lógica se assenta na instrumentalização dos saberes e não na construção de conhecimentos sólidos que apoiem a prática profissional.

Amplia-se a desqualificação do trabalho dos ACS que se aprofunda na mesma proporção em que se retoma o predomínio da racionalidade biomédica. As ações de educação em saúde são particularmente sensíveis a esse tipo de inflexão e tendem crescentemente a se tornar ações de educação para a saúde. Não somente o tempo, mas também a energia dos ACS passam a ser disputados por duas lógicas: uma que valoriza o trabalho educativo em si e outra que o circunscreve à condição de viabilizador do acesso ao território e do alcance das metas.

Quanto aos vínculos, apesar do avanço dos contratos regulares, a terceirização da gestão tem-se confirmado como tendência em algumas capitais, sobretudo por intermédio da contratação das OS³. Ainda que minoritários em relação ao total de municípios brasileiros, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Porto Alegre são exemplos dessa tendência que, devido à sua importância política e econômica, devem ser observados com atenção. Essa realidade dificulta a generalização do que está previsto na Lei nº 11.350 para a contratação dos ACS: diretamente pelos entes públicos, seja como funcionários estatutários ou como empregados públicos, via CLT.

Alterações recentes no trabalho e na formação dos ACS: PNAB 2017, Lei nº 13.595/2018 e Portaria nº 83/2018

Em meados de 2017 e início de 2018, três documentos aportaram alterações significativas no que tange às atribuições e à formação dos ACS: a PNAB 2017⁹, a Portaria nº 83/2018²³ do MS que trata da formação técnica em

enfermagem dos agentes de saúde, e a Lei nº 13.595, de 2018²⁴ – Lei Ruth Brillhante, que modificou a Lei nº 11.350/2006¹³. Analisando em conjunto tais documentos e os argumentos que os sustentam, percebemos a influência de duas ideias-força publicamente veiculadas pelos gestores do SUS, especialmente, no âmbito do MS, pelo menos desde 2016, quando ocorreu o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Tais ideias podem ser assim sintetizadas: 1) o ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos; 2) o ACS é pouco resolutivo.

As alterações promovidas por cada documento em consonância com essas ideias-força são as seguintes:

1) O ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos – a não definição, na PNAB 2017, do número mínimo de ACS por equipe de saúde da família e a previsão de financiamento federal para as equipes de AB que não incluem ACS em sua composição mínima; o veto presidencial à Lei nº 13.595²⁴, no item que definia a presença obrigatória dos ACS na estrutura da AB;

2) O ACS é pouco resolutivo – a inclusão, pela PNAB 2017, de atividades típicas de enfermagem na lista de atribuições dos ACS (aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo); a publicação do Programa de Formação de Agentes de Saúde (Profags), instituindo a formação técnica em enfermagem para os agentes comunitários de saúde e os agentes de endemias, conforme disposto na Portaria nº 83/2018 do MS²³; os vetos presidenciais interpostos à Lei nº 13.595 de 2018²⁴, nos itens que demarcavam atribuições específicas dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), e no que se referia à oferta da formação técnica em ACS.

A segunda ideia está diretamente articulada à primeira, supondo que, para manter-se

pertinente, o ACS deve assumir atribuições do campo clínico, características do acompanhamento de condições crônicas de saúde e procedimentos simplificados. Essa questão remete à delimitação do escopo de práticas entre profissionais, mais especificamente do ACS em relação à categoria de enfermagem e evidencia conflitos que não podem ser desconsiderados.

Antes que se conclua que o ACS se tornou prescindível ou descaracterizado como um trabalhador comunitário, esse conjunto de preocupações deve nos conduzir ao diálogo com princípios estruturantes da reformulação do modelo de atenção à saúde. A ideia de um ACS pouco resolutivo evoca uma noção de resolutividade ainda apoiada em uma concepção estreita da clínica, na qual a efetividade depende da assistência no seu sentido mais restrito, materializada em procedimentos simplificados, como é característico do perfil do agente comunitário em países da África, por exemplo²⁵. Isso se dá em detrimento da perspectiva do cuidado integral e da compreensão do processo saúde-doença como expressão das determinações sociais.

Transigir quanto à presença dos ACS nas equipes indica um movimento regressivo em relação ao horizonte de transformação do modelo de atenção, associado à uma ampliação do acesso à saúde, visando à sua universalização. Quanto ao modelo, a ESF tem representado o compromisso com uma atenção à saúde orientada pela conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo, responsabilidade sanitária e cuidado centrado na pessoa. Em um contexto no qual a PNAB admite a composição de equipes com um número reduzido de ACS (ou mesmo sem eles), flexibiliza a cobertura e segmenta o sistema de saúde pela diferenciação de padrões de oferta de serviços (essenciais e ampliados), reforça-se a concepção de APS seletiva. Simultaneamente, enfraquece-se a perspectiva de substituição do modelo de atenção e de ordenamento da rede a partir da AB, recuperando a modalidade tradicional

de serviços básicos de saúde, estruturados segundo a lógica da 'queixa-conduta'.

Supor que a resolutividade do ACS depende da incorporação de práticas clínicas nos conduz a uma reflexão que evidentemente não se restringe a esse profissional, mas abrange o sistema de saúde. Ainda que seja verdadeiro dizer que se alcançou um deslocamento da atenção centrada no hospital para a APS, o mesmo não se pode afirmar quanto à estruturação do trabalho, que se mantém fortemente orientado pela racionalidade biomédica. Mantida a crítica quanto aos limites desse modelo na produção de melhores níveis de qualidade de vida, indaga-se se não seria oportuno reinvestir no potencial do ACS de trazer, para o cuidado em saúde, práticas que valorizam as várias dimensões condicionantes do processo saúde-doença. Essa perspectiva impõe ideias condizentes

com o perfil de um trabalhador comunitário preparado para atuar na promoção da saúde, apoiar a clínica ampliada e subsidiar a organização e participação popular.

Tais ideias articulam-se com a questão da formação dos ACS. A Portaria nº 83, de janeiro de 2018²³, ao instituir um programa de formação técnica em enfermagem para 250 mil ACS e ACE, coloca em prática o que parece ser um projeto de transformação, em larga escala, dos ACS em técnicos de enfermagem, desconsiderando a existência do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde que o próprio MS publicou em parceria com o Ministério da Educação (MEC)⁵. As distorções implicadas nessa transformação ficam mais claras ao se comparar o perfil de conclusão dos respectivos cursos técnicos²⁰.

Quadro 1. Perfis de conclusão dos Cursos Técnico de Agente Comunitário de Saúde e de Enfermagem, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos/MEC, 2016

Curso	Perfil de conclusão
Técnico de ACS	Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde. Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade.
Técnico de enfermagem	Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais. Auxilia a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Prepara o paciente para os procedimentos de saúde. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente enfermos. Aplica as normas de biossegurança.

Fonte: Catálogo Nacional de Cursos Técnicos²³.

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde baseia-se em um perfil de atividades complexas, localizadas na interface entre a área social – com ênfase na educação e na comunicação – e a clínica/epidemiologia. Do ponto de vista do conhecimento e da

perspectiva política, requisita a compreensão dos determinantes sociais e da dinâmica de produção da vida e dos problemas de saúde específicos dos territórios, bem como prevê o desenvolvimento da capacidade de articulação com as instituições de saúde e de

outros setores. Tem interface com a clínica, mas predomina a direcionalidade da prevenção e da promoção da saúde^{4,20}.

O Curso Técnico de Enfermagem²⁶ baseia-se em um perfil de atividades ligadas à assistência clínica, com ênfase nas práticas de enfermagem. Do ponto de vista do conhecimento, requer a compreensão da assistência à saúde, visando ao domínio de técnicas de apoio, preparação e acompanhamento dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação^{4,20}.

Diante desse novo perfil, a condição de morador da comunidade, exigida aos ACS e mantida nos documentos normativos analisados, parece restringir-se ao interesse institucional de dispor de um trabalhador apto a circular nos territórios e a acessar os domicílios. Isso se dá em detrimento da valorização de seu poder de compreender a dinâmica de vida nesses territórios e colocar esse conhecimento em articulação com as necessidades das pessoas/coletividade, elevando o potencial de ação dos serviços.

A escolha pela formação em enfermagem indica o propósito de ampliar a participação, na AB, do perfil profissional e do escopo de práticas de base clínica, com caráter assistencial. Tem, portanto, a capacidade de impactar negativamente o ainda frágil processo de implementação de um novo modelo de atenção, e não somente o trabalho do ACS.

Além dessas alterações, a PNAB 2017⁹ define atribuições comuns entre ACS e ACE, justificadas pela necessidade de integrar a vigilância à atenção à saúde. Alguns argumentos colocados pelo próprio MS referem-se à possibilidade de fazer uso mais racional da presença dos agentes no território. O risco iminente é de sobrecarga de um agente pelo trabalho do outro e uma provável redução de postos de trabalho. Diante de um programa de formação em enfermagem, financiado pelo MS, esse risco parece agravado pela 'criação' de um trabalhador sobre o qual irão sobrepor-se três escopos de práticas: do ACS, do ACE e do técnico de enfermagem.

Tais expressões da atual política

governamental no campo da saúde, tanto a PNAB 2017 quanto o Profags, foram contestadas por diversos sujeitos políticos coletivos importantes no cenário do SUS, com destaque para o Conselho Nacional de Saúde. Esta instância participativa que congrega representações paritárias da gestão e dos usuários e mobiliza entidades nacionais, instituições acadêmicas e trabalhadores têm rechaçado as alterações pretendidas. Em seu diagnóstico, o próprio SUS está em risco de inviabilização, e as medidas em tela se somam a outras alinhadas aos interesses privatistas. No presente momento, o edital do Profags foi suspenso pelo MS. Além da proposta de impugnação apresentada por uma entidade privada, admite-se a hipótese de que essa suspensão se deva ainda às reações contrárias e aos mais recentes cortes no financiamento do SUS.

A Lei nº 13.595²⁴ também tem questões controversas, mas sendo oriunda do movimento organizado dos ACS, especialmente da Conacs, consegue uma boa adesão dos trabalhadores. Justifica-se como reação a medidas que colocaram em xeque o ACS e suas atribuições, antecipando-se na proposição de mudanças sobre as quais eles tenham maior concordância. Os vetos presidenciais interpostos à referida Lei foram parcialmente retirados, em reposta à luta dos trabalhadores. Entre os vetos destacados nesse texto, foi mantido o que se refere à obrigatoriedade da oferta de formação técnica em ACS pelos entes federados. A manutenção desse veto evidencia o quanto a formação específica dos agentes representa uma ameaça para a gestão, talvez porque condense as possibilidades de configuração de um perfil profissional, de base comunitária, com maior autonomia e capacidade de resistência a medidas, por vezes autoritárias e distanciadas de um projeto de saúde como direito universal e integral.

Considerações finais

A presença dos ACS nos mais diferentes contextos já alcançados pela ESF e aos quais

ainda se pretende fazer chegar, assim como a natureza do seu trabalho, está em risco e encontra na PNAB 2017 a expressão mais contundente de uma crise. A análise dessa questão não pode ser feita de modo aligeirado, sob a urgência que um contexto restritivo impõe. Entende-se aqui que é sempre necessário recuperar a perspectiva da universalidade e da integralidade como princípios éticos que balizam a reflexão e a proposição de rumos.

Assumindo a educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS e o compromisso com uma APS forte, reafirma-se a necessidade de produzir políticas públicas direcionadas para a qualificação desse trabalho de modo a atender às diferentes configurações da vida e das relações sociais, nos diversos territórios e contextos nos quais o processo saúde-doença se constrói e se expressa.

Um caminho necessário para essa construção futura é a retomada da formação técnica dos ACS. Assumi-la como um processo que precisa ser implementado integralmente e oferecido a todos os ACS é condição para que se fortaleçam parâmetros nacionais para a sua formação e profissionalização.

Ao contrário disso, o que tem prevalecido para os agentes é o delineamento, pelo cotidiano do trabalho, de um perfil de atividades submetido a uma lógica utilitarista, por meio da qual a fragmentação se alia à simplificação e à intensificação do trabalho. Essas configurações do trabalho têm sido potencializadas por modelos de gestão centrados no alcance de metas e que funcionam de modo mais harmônico com a racionalidade biomédica, em que a educação em saúde de caráter emancipatório é deslocada pela educação para a saúde. Uma das implicações diretas dessa configuração do trabalho do ACS é o perigo dele tornar-se, no território, um instrumento avançado de uma ação com traços acentuadamente medicalizadores,

com impacto questionável sobre a qualidade de vida da população.

A noção de resolutividade a partir da qual o trabalho do ACS vem sendo desqualificado merece uma reflexão crítica. Confirmando-se a adesão ao entendimento do processo saúde-doença como relativo às múltiplas dimensões da vida humana, com expressões individuais e coletivas, a noção de resolutividade que orienta as diretrizes da AB precisa expressar essa compreensão. Desse modo, não se desvincula da perspectiva de uma APS forte, concebida como porta de entrada e eixo organizador do cuidado, articulada com uma rede de serviços que possibilita o acesso aos outros níveis de atenção. Este tem-se demonstrado um nó crítico tanto para o trabalho dos ACS quanto das equipes da ESF.

É importante que a reflexão sobre essas questões seja inserida em um contexto maior de análise e discussão do processo de trabalho das equipes da ESF, das atribuições de seus integrantes e dos arranjos institucionais que apoiam, em particular os Nasf, considerando a necessidade de articularmos a perspectiva de ampliação de cobertura à perspectiva de reconfiguração do modelo de atenção.

Em um ambiente democrático que valoriza a participação popular, a construção de uma pauta de enfrentamentos relativos ao campo do trabalho do ACS requer uma construção em diálogo com os trabalhadores. Não se poderia pensar diferente, especialmente diante de uma categoria profissional bastante organizada, ainda que dispersa e pressionada pela conjuntura de ameaças que atingem todos os trabalhadores e afetam os direitos sociais de um modo geral.

Colaboradores

Morosini MV e Fonseca AF contribuíram para concepção, elaboração e redação. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura de municípios com equipes de saúde da família, credenciadas pelo Ministério da Saúde. [acesso em 2018 ago 18]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jul 2002.
3. Pinto ICM, Medina MG, Pereira RAG, et al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2015. 430 p.
4. Morosini MVGC. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990 a 2016: a precarização para além dos vínculos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação; 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília, DF: MS; 2004.
6. Ramos MN, Morosini MV, Fonseca AF, et al. Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências [relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro: OPAS; Fiocruz; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 28 Mar 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2016 ago 16]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
10. Olaniran A, Smith H, Unkels R, et al. Who is a community health worker? a systematic review of definitions. Glob Health Action [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 10]; 10(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328349/>.
11. Saffer DA, Barone LR. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. Physis [internet]. 2017 jul [acesso em 2018 maio 30]; 27(3):813-833. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300813&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300022>.
12. Fonseca AF, Mendonça MHM. A interação entre avaliação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. Saúde debate [internet]. 2014 out [acesso em 2018 maio 30]; 38(esp):343-357. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600343&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Out 2006.
14. Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017 [acesso em 2018 ago 10]. 541 f. Disponível em: <http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FI>

NALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf.

15. Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010 [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l145.pdf>.
16. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 jun [acesso em 2018 maio 28]; 42(116):11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en.
17. Girardi SN. Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia de Saúde da Família [relatório final]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/MONITORAMENTO>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 22 Dez 1997.
19. Brasil. Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício de atividades de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 Out 1999.
20. Morosini MVGC, Fonseca AF. Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MHM; Matta G, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2018, p. 369-406.
21. Teixeira MB, Casanova AO, Oliveira CM, et al. 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. *Saúde debate* [internet]. 2014 out [acesso 2018 maio 13]; 38 (esp):52-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052&lng=pt.
22. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Adm Empresa* [online]. 2008; 48(3):64-80.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 83 de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - Profags. *Diário Oficial da União*. 10 Jan 2018.
24. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei 11.350, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e condições de trabalho e outras definições sobre o trabalho dos ACS e ACE. 5 jan 2018.
25. Christopher JB, May A, Lewin S, et al. Thirty years after Alma-Ata: A systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*. 2011; 9(27):2-11.
26. Brasil. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília, DF: MEC; 2016.

Recebido em: 10/06/2018
 Aprovado em: 23/08/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde

Training and practice of nurses for Primary Health Care – advances, challenges, and strategies to strengthen the Unified Health System

Elaine Thumé¹, Amanda Cavada Fehn², Sonia Acioli³, Maria Elizabeth Gastal Fassa⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S118

RESUMO Para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030, o investimento em recursos humanos para a saúde é um dos componentes essenciais. Contudo, a formação desses recursos requer equilíbrio entre a oferta, a demanda e a capacidade dos profissionais para satisfazer às necessidades de atenção à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia apoiada internacionalmente como elemento central e orientador de políticas que fortalecem o sistema de saúde. Ao celebrar 40 anos de Alma Ata e 30 anos do Sistema Único de Saúde, este artigo revisitou a história recente e destacou o profissional enfermeiro com um papel central para a consolidação da APS, sobretudo pelo potencial inovador, criativo e versátil. Os elementos aqui explorados são resultados de debates realizados pela Rede de Pesquisa em APS e reforçam a importância da construção de uma agenda política estratégica diante dos desafios presentes no cenário nacional e internacional, reafirmando a defesa da saúde e da educação pública. Organizado em três eixos, o texto aborda a expansão da enfermagem nas últimas décadas, o investimento na ampliação de escolas para formação de enfermeiros e finaliza com os desafios das práticas de enfermagem voltada à APS e potenciais estratégias de enfrentamento e melhoria, para garantir um futuro já presente no cuidado de indivíduos e populações.

PALAVRAS-CHAVE Capacitação profissional. Enfermagem de atenção primária. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT To achieve the Sustainable Development Goals until 2030, investment in human resources for health is one of the essential components. However, the formation of those resources requires a balance between the supply, the demand, and the ability of professionals to meet health care needs. Primary Health Care (PHC) is the internationally supported strategy as the central and guiding element of policies that strengthen the health system. Celebrating 40 years of Alma Ata and 30 years of Brazil's Unified Health System, this article revisits the recent history and emphasizes the professional nurse with a central role for the consolidation of PHC, especially by its innovative, creative, and versatile potential. The elements explored here are results of debates carried out by the PHS Research Network and reinforce the importance of building a strategic

¹Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1169-8884>
elainethume@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8839-4929>
acfehn@gmail.com

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0772-8235>
soacioli@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Pelotas (RS), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2839-3761>
elizabeth.fassa@gmail.com



political agenda facing the challenges present in the national and international scenario, reaffirming the defense of public health and education. Organized in three axes, the text addresses the expansion of nursing in the last decades, the investment in expanding schools for training nurses, and ends with the challenges of nursing practices focused on PHC and potential coping and improvement strategies, to ensure a future already present in the care of individuals and populations.

KEYWORDS *Professional training. Primary care nursing. Primary Health Care. Unified Health System.*

Introdução

Após quatro décadas da conferência de Alma Ata e três décadas da promulgação da Constituição Brasileira, é importante analisar a situação atual e as perspectivas na formação dos trabalhadores de saúde para atender às novas demandas decorrentes das mudanças demográficas e do perfil de morbimortalidade da população. A atenção primária é a estratégia apoiada internacionalmente como elemento central e orientador de políticas que fortalecem os Sistemas Nacionais de Saúde, com abordagem integral dos indivíduos e famílias; e compreende a saúde como resultado das suas condições de vida e de trabalho. Na agenda para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, o investimento em recursos humanos para a saúde é um dos componentes essenciais¹.

A formação de uma Força de Trabalho em Saúde (FTS) com capacidade de responder às prioridades do século XXI requer equilíbrio entre a oferta e a capacidade dos profissionais para satisfazer às necessidades de atenção à saúde, atuais e futuras². O descompasso entre o número de trabalhadores de saúde necessários para fornecer serviços essenciais (necessidade), a disponibilidade de profissionais de saúde (oferta) e a capacidade dos países para empregá-los (demanda)

configura-se como importante obstáculo para a melhoria do desempenho e da eficiência dos serviços e sistemas de saúde^{3,4}.

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde com papel central para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo pelo potencial inovador, criativo e versátil dos profissionais. O trabalho na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na oferta de cuidados, especialmente em áreas rurais e carentes, são elementos destacados em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)⁵.

As mudanças nas diretrizes curriculares implementadas nos cursos de enfermagem têm o propósito de formar profissionais voltados a contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A profissão, com crescimento exponencial na última década, tem agregado conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar em áreas como a atenção, a gestão, o ensino, a pesquisa e o controle social, aumentando, assim, a responsabilidade dos profissionais para com a sociedade. Entretanto, é necessário estar atento para a qualidade do ensino em um processo de expansão da participação do setor privado e crescimento sem planejamento em todo o Brasil⁶.

O artigo é resultado de debates realizados pela Rede de Pesquisa em APS e reforça a

importância da construção de uma agenda política estratégica para a APS no SUS ante os desafios ora presentes no cenário nacional e internacional, reafirmando a defesa da saúde e da educação. Organizado em três eixos, o texto aborda a expansão da enfermagem nas últimas décadas, o investimento na ampliação de escolas para formação de enfermeiros e finaliza com os desafios das práticas de enfermagem voltada à APS, de modo a garantir um futuro já presente no cuidado de indivíduos e populações.

A expansão da enfermagem no contexto do movimento da Reforma Sanitária e da Estratégia Saúde da Família no processo de formação dos enfermeiros

No Brasil, no início dos anos 1970, o número de enfermeiros e o número de vagas eram insuficientes para atender ao proposto no Plano Decenal de Saúde para as Américas. A concentração dos cursos na região Sudeste e em instituições privadas dificultava o acesso às instituições de ensino. Para o enfrentamento dessa realidade, foi determinado o aumento no número de vagas para enfermagem na rede superior pública, sendo criadas escolas de enfermagem vinculadas a Universidades Federais em todas as regiões do País. Em paralelo, ocorreu o investimento na qualificação dos docentes em cursos de pós-graduação no nível de mestrado e doutorado, demandando a representação da área na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)⁷.

No âmbito mundial, o movimento que culminou com a declaração de Alma Ata, defendia a necessidade de ampliar a oferta e investir nos cuidados primários à saúde como alternativa ao modelo de saúde vigente. Os padrões de morbimortalidade poderiam ser enfrentados com o forte investimento em

ações de prevenção às doenças e promoção da saúde com opções políticas de largo alcance populacional com articulação inter-setorial, de modo a diminuir as desigualdades econômicas e sociais⁵.

O movimento da Reforma Sanitária, no Brasil, conseguiu garantir o direito à saúde como sendo fundamental dos indivíduos e populações na Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS. Entre as prerrogativas para garantir o acesso universal, público e gratuito, atribuiu-se ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico, tema recorrente e reforçado nas Conferências Nacionais de Saúde subsequentes⁸.

Em 2001, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (9) estimulou reformas nas Instituições de Ensino Superior (IES) em todo o Brasil; e dentre as competências e habilidades gerais requeridas para o exercício profissional, destaca-se o aprendizado que valoriza questões ético-humanistas quanto à atenção à saúde, tomada de decisões, capacidade de comunicação e liderança. As competências de ordem técnica estão relacionadas com a administração e gerenciamento e educação permanente dos profissionais¹⁰.

Em 2003, a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS¹¹ aprovou investimentos na educação permanente em saúde com estímulo para o engajamento das instituições de ensino na área da saúde. No ano seguinte, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com incentivo a criação de Polos regionais integrando gestores, trabalhadores, instituições de ensino, negociações interinstitucionais e intersetoriais¹².

Na perspectiva de consolidação do SUS, essas iniciativas foram importantes em um contexto de investimentos na ampliação do modelo de atenção com base na saúde da família, principalmente em municípios de grande porte, ocorrido com o Programa

de Consolidação e Ampliação da Saúde da Família (Proesf). O ingresso de enfermeiros assistenciais nas equipes de saúde foi um marcador essencial de mudança no modelo de atenção, tanto para a proposta de ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) quanto dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os municípios passaram a ser um importante empregador e os processos de municipalização da saúde ampliados¹³.

A expansão do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e do PSF, com início, respectivamente, em 1991 e 1994, além de uma alternativa para a mudança de paradigma no modelo de atenção, constituiu-se como um crescente mercado de trabalho para profissionais médicos e de enfermagem. Em setembro de 2017, dados fornecidos pelo Ministério da Saúde registravam a existência de 41.619 Equipes de Saúde da Família (EqSF) em atividade no Brasil com cobertura de 63% da população, com o apoio de 263.236 ACS, além de 4.593 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Destaque também para 89 EqSF atendendo populações ribeirinhas e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais. Esses indicadores de capacidade instalada apontam para a crescente importância da atenção primária no Brasil, com a expansão na cobertura de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no território nacional, constituindo-se em um expoente mercado de trabalho¹⁴.

Essa expansão no número de equipes cadastradas ocorreu também como consequência da implementação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, que inseriu na agenda política ações voltadas à superação da má distribuição e escassez de profissionais médicos no território nacional e abriu precedente para a ampliação da rede de cuidados em APS. O programa ampliou a oferta de profissionais médicos em cerca de 18 mil novos trabalhadores, sendo a maioria recrutada mediante acordo de cooperação internacional entre a Opas, o governo de Cuba e o governo brasileiro¹⁵, com importantes

reflexos para a ampliação da contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. Além do recrutamento, a política também incluiu a expansão das escolas de medicina no País e a formação especializada em saúde da família.

Por outro lado, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em setembro de 2017, revogou a prioridade do modelo ESF, embora o reafirme como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica¹⁶. Ao modificar o financiamento das equipes incluindo a flexibilização da carga horária dos profissionais e a opcionalidade da presença e do número de ACS nas equipes, descaracteriza o modelo de atenção defendido nos últimos 25 anos¹⁶.

A evolução da formação de enfermeiros no Brasil

Dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), ao analisar os empregos formais de profissões e ocupações de saúde, identificam 2.204.173 empregos no setor, sendo 1.901.423 nas atividades componentes do macrossetor (núcleo, complementares, indústria, comércio, financiamento e saneamento) e 302.750 nos demais setores. Aquelas que representam os maiores contingentes de emprego foram os auxiliares de enfermagem (355.824), médicos (240.428), técnicos em enfermagem (239.904), ACS (237.548) e enfermeiros (129.905)¹⁷.

No Brasil, a primeira década dos anos 2000 demarca um aumento da proporção de todos os profissionais de saúde por número de habitantes (hab.). No âmbito da enfermagem, em 2000, havia 4,4 enfermeiros/10 mil hab. Dez anos depois, essa taxa era de 15,1/10 mil hab. A mudança na oferta de técnicos e auxiliares de enfermagem também foi observada, passando de 22,9 técnicos ou auxiliares de enfermagem/10 mil hab. em 2000, para 60,8 profissionais/mil hab. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da

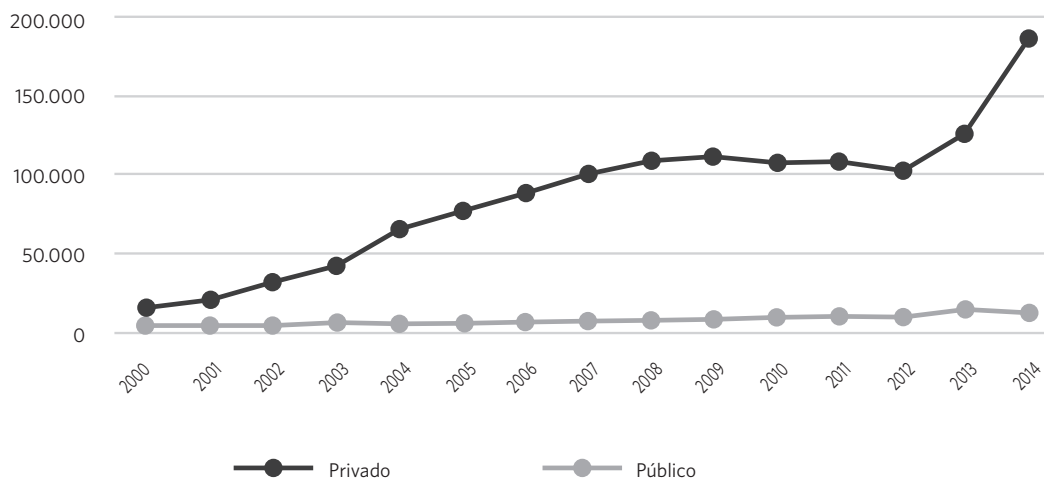
Área da Enfermagem (Profaf), que ocorreu entre 2000 e 2007, é apontado como responsável pelo incremento¹⁸.

A expressividade numérica da profissão da enfermagem impressiona ao corresponder por praticamente metade do total de trabalhadores da área da saúde. Os enfermeiros representam 24% dos profissionais com registro no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)¹⁹. Estão presentes em todos os municípios do Brasil; e cerca de 60% tem vínculo empregatício com o setor público de saúde, com inserção nas UBS ou em cargos de gestão em secretarias municipais e estaduais de saúde²⁰.

Dados do Cofen possibilitam verificar a expressividade numérica da profissão da enfermagem no Brasil, com 2.066.302 inscrições ativas em junho 2018, das quais: 498.110 enfermeiros, 1.148.840 técnicos, 419.008 auxiliares e 344 obstetristas¹⁹.

No período de 2001 a 2011, foi observado um incremento no número de escolas de enfermagem tanto em instituições privadas quanto públicas. O aumento do número de vagas, as quais impactam pela dimensão, superam o total de 192 mil assentos em escolas de enfermagem públicas e privadas ofertados no período de 2002 a 2014 (gráfico 1).

Gráfico 1. Evolução do total de vagas ofertadas nos cursos públicos e privados de enfermagem no período de 2000 a 2014. Brasil, 2017



Fonte: Sigras-2017.

No período de 2001 a 2011, foi observado um incremento de 393% do número de escolas de enfermagem nas instituições privadas em comparação ao incremento de 122% em relação ao número de escolas públicas. Em 2011, havia 826 cursos de graduação em enfermagem, 160 em IES públicas e 666

em IES privadas, ou seja, o número de vagas em estabelecimentos privados ultrapassa em mais de cinco vezes as do setor público^{17,21}. Em 2012, esse número foi de 838 cursos; e, em 2013, atingiu 888²², com mais de 180 mil vagas (presenciais e à distância) em escolas privadas de enfermagem em 2014.

Esta tendência observada na enfermagem acompanha as características do sistema de ensino superior no Brasil, em que há o predomínio de instituições privadas (70% a 80%)¹⁷. A região Sudeste apresenta maior número de cursos de graduação em enfermagem seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e, por fim, da região Norte. O cálculo da taxa de crescimento aponta que, no período de 2001 a 2011, as regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentaram o maior percentual de ascensão no número de cursos, seguido das regiões Sudeste, Norte e Sul. Entretanto, com relação à taxa de crescimento do número de vagas, a região que mais cresceu foi a Centro-Oeste, seguida das regiões Norte e Nordeste. Os estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro detêm mais de 54% do total de vagas dos cursos de graduação em enfermagem¹⁷.

Em 2000, o número de concluintes era maior nas regiões Sudeste e Nordeste e menor no Centro-Oeste e Norte. Passados dez anos, não ocorreu alteração nesse quadro, com exceção da região Centro-Oeste, que ultrapassou a região Norte em número de concluintes. No período de 2000 a 2011, o número de vagas era ainda superior ao de egressos. E assim permanece atualmente. No Brasil, o número de concluintes não acompanha o número de vagas, o que permite supor que elas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso¹⁷.

Na pós-graduação, também foi observado o crescimento no período de 2006 a 2016, principalmente dos programas de doutorado e de mestrado profissional. Em 2016, havia um total de 76 programas de pós-graduação na área da enfermagem (36 de mestrado e doutorado, 2 de doutorado, 15 de mestrado acadêmico e 23 de mestrado profissional), representando um aumento de 17% no número de programas de pós-graduação entre 2013 e 2016 com expansão para as regiões Sul e Nordeste, persistindo a carência nas regiões Norte e Centro-Oeste²³.

Um dos elementos que destacam a importância do setor público é a pós-graduação; responsável por 93% da titulação de doutores, 87% de mestres acadêmicos, 59% de mestres profissionais e 77% em programas de residência²⁴. O aumento gradual na titulação de mestres e doutores ocorreu a partir da segunda metade dos anos 1990. Ressalta-se ainda o período de 1975 a 2016, com titulação de 11.285 mestres acadêmicos, 3.358 doutores e 786 mestres profissionais²³.

Quanto às vagas em IES de Enfermagem, cabe destacar a existência da modalidade de Ensino a Distância (EaD). Dois momentos estimularam a abertura de cursos de enfermagem a distância: i) A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996²⁵, pela autonomia e fomento a cursos utilizando esta metodologia para a graduação, cursos de extensão, sequenciais, pós-graduação, educação de jovens e adultos, aperfeiçoamento de professores e educação continuada; ii) a partir de 1998, com o cadastramento pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) de IES interessadas em oferecer cursos à distância²⁶.

O aumento de cursos de graduação em enfermagem, presenciais e a distância, observado no Brasil tem sido considerado excessivo, pois, ainda que o crescimento no número de vagas e cursos de graduação em enfermagem indique uma expansão da profissão, coloca-se permanentemente a preocupação com a qualificação e a regulação desse processo. Os Conselhos Regionais de Enfermagem e entidades representativas da categoria, como a Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), vêm se manifestando de maneira contrária à formação de enfermeiros com atividades presenciais limitadas.

Além da expressividade no número de trabalhadores, o potencial criativo e inovador da enfermagem tem ganhado imenso destaque na agenda internacional com o movimento Nursing Now, com base no relatório do Triplo Impacto. O documento sugere contribuições singulares da enfermagem na melhoria da condição de saúde das populações,

tendo como meta para 2020 o estabelecimento de liderança política da enfermagem e o incentivo à formação de redes de pesquisa com abrangência mundial^{27,28}. A estratégia visa garantir que a enfermagem tenha participação nas instâncias de gestão dos sistemas de saúde na maioria dos países e o reconhecimento do papel dos enfermeiros para o alcance dos objetivos da saúde pública²⁸.

O movimento Nursing Now retoma orientações acerca da formação dos profissionais de saúde, nomeadamente a enfermagem, já presentes em outros documentos, como ‘Transforming and Scaling up health professionals education and training’²⁹ e ‘Global Strategic directions for strengthening nursing and midwifery’ 2016-2023³⁰, ambos da OMS. Paralelamente, ações das Redes Internacionais de Enfermagem das Américas, um projeto colaborativo da Opas/OMS por meio da Unidade de Recursos Humanos para a Saúde do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, buscam impulsionar a categoria dos profissionais de enfermagem e fortalecer seu desempenho³¹.

No País, instituições representativas da enfermagem como a Aben e os Cofen lançam esforços também direcionados a impulsionar o protagonismo da profissão. Regionalmente, os estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina, por exemplo, são modelos de experiências positivas. Ambas as capitais desenvolveram protocolos de enfermagem, debatidos nos cenários político, acadêmico e social, os quais respaldam os trabalhadores legalmente e viabilizam uma conduta ampla e baseada em evidências³².

Desafios e estratégias na formação e nas práticas da enfermagem na APS

O modelo de atenção com foco na APS se distingue pela visão do indivíduo em seu contexto socioeconômico-cultural e direciona

a demanda para um novo perfil de profissionais que saibam atuar diante das necessidades de saúde desse sujeito, da sua família e da comunidade em uma equipe multiprofissional e com um olhar interdisciplinar e intersetorial³³.

A avaliação da estrutura atual e as estimativas futuras para a profissão da enfermagem até 2030, simula diferentes cenários³⁴. No cenário tendencial, tendo como base o comportamento das escolas de enfermagem do País em relação ao número anual de vagas, os autores afirmam que o expressivo crescimento de 14,9%, ocorrido entre os anos de 1991 e 2012, não será sustentado. Entre os anos de 2010 e 2012, as vagas decresceram a 3,38% ao ano. Assim, supõe-se a desaceleração do crescimento até 2030. Tendo como base um cenário regulatório, no qual haveria uma reversão do quadro atual de fechamento de vagas de modo a ampliar o escopo de práticas dos enfermeiros e sua expansão nas atividades da ESF, e considerando que mesmo que os mais de 50% da força de trabalho graduada em enfermagem (hoje sem atuar na área) voltasse a exercer a profissão, ainda assim o número de enfermeiros não seria suficiente para atender ao novo cenário regulatório suposto, com previsão de crescimento anual de 2% no número de vagas, até 2020, e posterior congelamento das mesmas até 2025. Por fim, um terceiro cenário no qual o número de vagas anuais esperado entre 2010-2015 se manteria constante até 2025. Considerando esses cenários, a prospecção do resultado para 2030 será um estoque de enfermeiros oscilando entre 1,499 e 2,037 milhões de profissionais para Brasil.

Outra questão peculiar da enfermagem está relacionada com o perfil dos profissionais com altas proporções de mulheres e com saída do mercado de trabalho no início da terceira idade. Apesar de ter sido observado o rejuvenescimento na força de trabalho da enfermagem, com alargamento da base da pirâmide, não houve alteração no topo, diferentemente do ocorrido com padrão dos

médicos e dentistas. Essa tendência sinaliza que a demanda por enfermeiros continuará condicionada à capacidade de acomodação do mercado, a qual se mostrou insuficiente no período anterior às estimativas, afinal mais da metade dos graduados da área não estava ocupada na própria profissão. O censo demográfico de 2010 identificou 355.383 enfermeiros, apenas 46,7% se ocupavam da profissão, apesar de 308.429 (86,8%) estarem economicamente ativos³⁴.

Recentemente, no XVI Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem e no XIII Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, promovido pela Aben no período de 05 a 08 de junho de 2018 em Florianópolis (SC), foi redigida a carta de Florianópolis que elaborou recomendações, reforçou a importância da enfermagem na defesa do SUS e os princípios democráticos e participativos na educação, mobilizando os atores sociais envolvidos nas redes de ensino-serviço que integram a formação em enfermagem³⁵.

Dentre as recomendações da carta, há destaque para o redimensionamento da oferta de vagas nos Cursos, Faculdades e Escolas de Enfermagem, tendo as necessidades de saúde da população, do mercado de trabalho e da oferta de espaços para estudos teórico-práticos como limitadores à expansão. Foi reafirmada a importância da integração ensino-serviço-comunidade desde o início do curso nos cenários de práticas de saúde e com articulação dos trabalhadores, considerando a formação técnica, graduação e pós-graduação. Sobre o EaD, a plenária reafirmou posição contrária a essa modalidade de ensino na área da saúde, em todos os níveis de formação (técnico, graduação e pós-graduação)³⁵. Contudo, há necessidade de debates que considerem algumas especificidades e vantagens, nomeadamente a cursos de mestrado a distância por exemplo. O Prof Saúde, iniciativa do Ministério da Saúde com a Fundação Oswaldo Cruz e com diversas outras instituições do País, tem-se

destacado como uma alternativa positiva na qualificação de profissionais e gestores do SUS na área médica.

Considerando a proposta da OMS do Movimento Nursing Now, é necessário elaborar uma matriz de habilidades e competências para enfermagem na APS, incluindo o debate sobre as práticas avançadas. As competências centrais da prática em enfermagem incluem aquelas no âmbito da prática clínica, liderança, experiência na atenção ao paciente e ao seu grupo familiar e comunitário, investimento na promoção da saúde, com colaboração entre os profissionais e decisões baseadas na ética. Outra habilidade com potencial de utilização pela enfermagem será manter e ampliar a participação e representação política. Além disso, a incorporação de novas tecnologias às práticas exige qualificação contínua, aumenta a demanda efetiva da força de trabalho e interliga diferentes serviços do setor saúde¹⁷.

Na área da regulação, legislação e acreditação, recomenda-se o desenvolvimento de políticas de regulação das IES com padrões de qualidade em diferentes áreas, como, por exemplo, corpo docente, processo de admissão/ingresso de alunos, currículo baseado em competências, entre outros, para as instituições públicas e privadas de ensino superior. É necessário também desenvolver políticas de acreditação e legislação comprometidas com a excelência do ensino superior em saúde e orientadas para o fortalecimento do SUS e do acesso universal da saúde.

Sobre a qualidade e disponibilidade da informação sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS), é preciso investir e incentivar o uso de Sistemas de Informação e Plataformas com dados sobre a FTS, como o Observatório de RHS, permitindo, assim, acesso e tomada de decisões baseadas em dados concretos, atuais e condizentes com a realidade. Da mesma forma, o investimento em tecnologias e-Health, como, por exemplo, o Telessaúde Enfermagem e a adequação dos prontuários eletrônicos à prática

clínica e assistencial desses profissionais, torna-se cada vez mais imprescindível^{36,37}. A adaptação das plataformas de registros clínicos ao processo de trabalho do enfermeiro permite o uso potencial da Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE). Paralelamente, garante ferramentas estratégicas de acompanhamento longitudinal das populações e melhoria contínua da qualidade, por meio de indicadores de processo e resultado, os quais podem orientar projetos de educação permanente e continuada ajustadas às necessidades locais.

No âmbito da pesquisa, da produção de conhecimento e inovação em RHS, há necessidade de realizar pesquisas aplicadas às necessidades nacionais, dialogando com as estratégias e direcionamentos internacionais na área de RHS. Dessa forma, será possível desenvolver uma agenda com base em evidências para o planejamento de ações e elaboração de políticas alinhadas aos SUS. A manutenção do financiamento de estratégias como o estágio de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET Saúde), voltados para a formação com ênfase na APS e para o incentivo dos programas de especialização nos moldes da residência, denota potencial para qualificar a FTS.

O estímulo ao empoderamento e o papel de liderança dos profissionais de enfermagem são destacados em documentos técnicos, compreendendo a profissão como elemento central para melhoria das condições de saúde das populações, promoção da equidade de gênero e apoio e fortalecimento do crescimento econômico, como sugere o Relatório ‘Triple Impact’²⁷. Os conteúdos abordados no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) reforçam a amplitude das competências e habilidades esperadas do profissional enfermeiro, os quais devem ser considerados no conjunto de elementos a serem avaliados, quais sejam: a infraestrutura física e de recursos humanos

das IES, além de projetos pedagógicos condizentes com as diretrizes curriculares³⁸.

Além dos atendimentos aos indivíduos e suas famílias, ao enfermeiro também compete a aproximação com a comunidade, incluindo as sociedades e associações profissionais no debate sobre necessidades formativas. Nesse sentido, é necessário trabalhar colaborativamente com os vários atores sociais envolvidos no processo de educação e cuidado de saúde, além dos trabalhadores de saúde, os governos e as associações profissionais, independentemente da conformação do sistema nacional de saúde³⁹.

Com relação ao mercado de trabalho em saúde, é importante alinhar as políticas de RHS às necessidades e demandas da população e do SUS, levando em consideração aspectos da dinâmica do mercado de trabalho e as novas políticas educacionais⁴⁰.

A oferta de condições dignas de trabalho e satisfação profissional são desafios constantes, de modo a promover condições e contratos de trabalho compatíveis com a ética e o exercício profissional, garantindo equidade de gênero, etnia e cor. O desenvolvimento de mecanismos de auscultação dos profissionais da saúde, a fim de compreender seus níveis de satisfação e estabelecer estratégias que possam melhorar desempenho e motivação, são fundamentais neste processo².

O investimento massivo na qualidade da formação dos docentes nas IES públicas e privadas e no desenvolvimento de competências estratégicas e adequadas às mudanças pedagógicas propostas pelas DCN/ENF e alinhadas às necessidades da comunidade são pontos a destacar. Nas IES públicas e privadas com cursos na área da saúde, é importante garantir a existência de Departamentos de APS, Saúde Pública, Saúde Coletiva e ampliar a presença de profissionais no corpo docente com formação específica na área.

Na implementação das DCN/ENF, é imprescindível realizar atividades de monitoramento e avaliação das estratégias de implantação dos projetos pedagógicos, de

modo a avaliar a efetividade delas e refletir sobre necessidade de reformulação dos processos de formação. Recomenda-se a inclusão na pauta das IES da formação multiprofissional durante a realização dos cursos de graduação e pós-graduação (modalidade residência em serviço). O fortalecimento de programas de especialização, nos moldes da residência, com projetos pedagógicos em consonância com as competências e habilidades requeridas para profissionais da APS e a inclusão dos enfermeiros nos atuais cursos de formação de preceptores ofertados pelo Ministério da Saúde também é recomendável.

Considerações finais

O suporte filosófico oferecido pela APS aos sistemas de saúde para organizarem seus serviços é flexível e se ajusta à mudança acelerada da natureza dos problemas de saúde. Eventos relacionados com o processo intenso de urbanização e globalização, com o envelhecimento da população, com o aumento da carga de doenças, com a incorporação de novas tecnologias e com o potencial de transmissibilidade, dado o dinamismo da mobilidade das sociedades atuais, entre outros fatores, torna ainda mais complexos os cuidados dos indivíduos e populações.

Essa realidade, cada vez mais frequente, impõe desafios tanto para a prestação de serviços como para a gestão do cuidado em saúde, especificamente de enfermagem, que deve ser cada vez mais integrado e abrangente. Nesse sentido, é fundamental o fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde baseados na APS, os quais dependem de radicais e importantes mudanças na formação dos profissionais de saúde.

Edição especial do *The Lancet*, em 2010, sobre a educação profissional em saúde para o século XXI⁴¹ ressalta que a instituição de saúde não pode ser considerada de forma isolada e individual, mas, sim, como parte de um conjunto inter-relacionado de

organizações que implementam as diversas funções de um sistema educacional. Essa observação reforça a configuração da unidade de saúde como integrante do processo formativo⁴¹. A implementação das mudanças curriculares pode fortalecer o desenvolvimento de boas práticas profissionais, se alcançadas, no direcionamento a uma formação profissional mais abrangente e com foco nos cuidados primários.

A formação dos profissionais de saúde deve ir além de uma simples produção e provimento de funcionários para servir um determinado sistema de saúde. Ela deve refletir, individual e coletivamente, os diferentes, mas complementares, papéis desempenhados por esses atores, os verdadeiros agentes de mudanças⁴². Esse novo cenário de ambientação para a formação profissional instiga a necessidade da aprendizagem como núcleo de uma educação transformadora, moldada pela adaptação de competências, as quais devem ser planejadas para contextos específicos/locais considerando o poder dos fluxos globais de informação e conhecimento⁴¹.

É evidente que essas transformações exigem uma série de outras mudanças e adaptações em diferentes níveis e setores e que há sempre resistência nos processos em que as regras são redefinidas. A inovação está em direcionar as mudanças organizacionais a partir dos profissionais de saúde e das necessidades dos sistemas de saúde, de educação e da população de forma interdependente⁴¹.

Serviços de cuidados primários proporcionam um melhor alinhamento entre as necessidades da população e custo-efetividade. Esta abordagem explora a contribuição das diferentes categorias profissionais de saúde potencializando as competências e habilidades dos trabalhadores no seu escopo de atuação evitando custos excessivos e abordagens invasivas de cuidados terciários³.

O que se observa no cenário internacional é um reforço às políticas e ações de saúde orientadas aos cuidados primários perceptível no discurso adotado na grande maioria das metas traçadas no terceiro ODS, por exemplo,

ao enfatizar a abordagem da prevenção e promoção em saúde por meio de indicadores com evidências de impacto positivo na APS.

Por fim, consideramos que as universidades têm um papel decisivo na garantia da qualidade do cuidado por meio da formação profissional. A prática da enfermagem na APS no Brasil depende de políticas de fortalecimento da saúde como direito e da regulamentação profissional, essencial para as demandas corporativas dos diferentes profissionais da saúde e para o trabalho em equipe.

Colaboradores

As autoras contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; contribuíram significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Washington DC. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde [internet]. Washington, DC: OPAS; 2018 [acesso em 2018 jul 9]. Disponível em: <http://www.paho.org>.
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [acesso em 2018 jul 9]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=039D82637D28A282A115BA28402C1E61?sequence=1>.
3. Organização Mundial De Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
4. Bacon TJ, Newton WP. Innovations in the education of health professionals. *N C Med J* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 29]; 75(1):22-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24487754>.
5. Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde. Declaração de -Ata. 1978 set [acesso 2018 jun 21]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.
6. Dal Poz MR, Varella TC, Santos MR. Formação em saúde: problemas e tendências. In: Saúde amanhã: textos para discussão. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. p. 10.
7. Paim L. A formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2001 [acesso em 2018 jul 9]; 53(4):186-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v54n2/v54n2a04.pdf>.
8. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Cienc Saúde Colet.* [internet].

- 2002 [acesso em 2018 jul 9]; 7(2):373-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=pt&lng=pt.
9. Ribeiro JP, Tavares M, Esperidião E, et al. Análise das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2005 [acesso 2018 jul 14]; 13:403-409. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a17.pdf>.
 10. Brasil. Conselho nacional de saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias ocorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. *Diário Oficial da União*. 5 Fev 2004.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [internet]. 2004 [acesso em 2018 out 8]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matrizes-Consolidacao/comum/13150.html>.
 12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso em 2018 jul 9]; 21(2):490-498. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=pt&lng=pt.
 13. Dal Poz M. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 9]; 29(10):1924-1926. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>.
 14. Campos GWS, Pereira Júnior N. Primary care in Brazil, and the Mais Médicos (More Doctors) Program in the Unified Health System: achievements and limits. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 9]; 21(9):2655-2663. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso&lng=pt.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017. [acesso em 2018 out 8] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
 16. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em Números* [internet]. [acesso em 2018 jul 9]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
 17. Machado MH, Oliveira ED, Lemos W, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm em Foco* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 15]; 7(Esp):35-53. Disponível: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>.
 18. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE. *Anuário da Saúde do Trabalhador* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 16]. Disponível em: https://www.dieese.org.br/anuario/2016/Anuario_Saude_Trabalhador.pdf
 19. Poz MRD, Perantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 187-233.
 20. Bem vindo(a) ao SIGRAS [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: http://www.neonet.com.br/sigras_new_mapa/home.php.
 21. Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enferma-

- gem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. bras. Enferm.* [internet] 2013 [acesso em 2018 jul 13]; 66(esp):102-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700014&lng=pt&lng=pt.
22. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Resultado da Avaliação Quadrienal 2017 avaliação quadrienal [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 16]. Disponível em: <http://avaliacaoquadrienal.capes.gov.br/resultado-da-avaliacao-quadrienal-2017-2>.
23. Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. foco* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 8]; 6(4):15-34. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/687/297>.
24. Rodrigues RCV, Peres HHC. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2008 [acesso em 2018 jul 16]; 42(2):298-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200013>.
25. World Health Organization. All-Party Parliamentary Group on Global Health (APPG). Triple Impact - How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: <http://www.appg.globalhealth.org.uk/>.
26. Nursing Now. Raising the profile and status of nursing worldwide. *Nursing Now* [internet]. [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: <http://www.nursingnow.org/>.
27. World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals education and training. Geneva: World Health Organization 2013.
28. World Health Organization. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020 [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf.
29. Cassiani SH, García AB, Caballero E, et al. Redes internacionais de enfermagem nas américas: trabalho colaborativo para o alcance da cobertura universal em saúde. *Enfer. Cuid. Humaniz* [internet]. [acesso em 2018 jul 14]; 3. Disponível em: <http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy/inicio/item/40>.
30. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Florianópolis [internet]. [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=10&submenuid=1478>.
31. Pires ROM. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface - Comunic. Saude. Educ.* [internet] 2009 [acesso em 2018 jul 14]; 13(30):153-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300013&lng=pt&lng=pt.
32. Girardi SN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, et al. Estrutura Atual e Estimativas Futuras da Força de Trabalho em Medicina, Enfermagem e Odontologia no Brasil 2000 a 2030. Rio e Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
33. ABEn Nacional [internet]. [acesso em 2018 jul 14]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/>.
34. Royal College of Nursing. eHealth: the future of health care Royal College of Nursing position statement [internet]. London; 2016 [acesso em 2018 jul 16]. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/publication-004186#copyrightTab>.
35. Black AD, Car J, Pagliari C, et al. The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Sys-

- tematic Overview. PLoS Med [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 16]; 18;8(1):e1000387. Disponível em: <http://www.haps.bham.ac.uk/publichealth/cfhpep/>.
36. Brasil. Ministério da Educação. Enade 2016 exame nacional de desempenho dos estudantes relatório síntese da área enfermagem. 2016 [acesso 2018 jul 14]; Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/relatorio_sintese/2016/enfermagem.pdf.
37. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington, D.C: National Academies Press; 2011.
38. McPake B, Squires A, Agya M, et al. The Economics of Health Professional Education and Careers: Insights from a Literature Review. The World Bank [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 9]. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0616-2>.
39. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet [Internet]. 2010 [acesso em 2018 jun 29]; 376(9756):1923-1958. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>.
40. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. N Engl J Med [Internet]. 2014 [acesso em 2018 out 9]; 370(10):950-957. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra1111610>.

Recebido em 18/07/2018
Aprovado em 25/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação

Monitoring and evaluation in primary care in Brazil: recent experience and challenges for its consolidation

Allan Nuno Sousa¹

DOI: 10.1590/0103-110420185119

Introdução

O objetivo do presente ensaio é apresentar um apanhado dos principais avanços na agenda de monitoramento e avaliação da atenção básica, frutos da iniciativa ou investimento direto do Ministério da Saúde ao longo das últimas duas décadas, apontando para alguns dos mais importantes desafios para a implementação da agenda de institucionalização da avaliação no contexto da Política Nacional de Atenção Básica.

Inicialmente, trataremos da temática do monitoramento e avaliação a partir de abordagens e conceitos construídos no campo da análise de políticas públicas e de avaliação em saúde, com o objetivo de delinear os pressupostos dos quais partimos para a interpretação dos mecanismos que construíram e consolidaram uma agenda de fortalecimento das práticas avaliativas no âmbito da atenção básica no Brasil. Como procuraremos argumentar, independentemente dos resultados encontrados a partir do esforço de empreender processos avaliativos, as condições políticas, econômicas e sociais constituem elementos suficientemente fortes para o constrangimento das ações dos atores e para a definição do leque de possíveis problemas e ações a serem consideradas por eles.

Na sequência, procuraremos descrever os principais eventos, iniciativas e ações que foram dando contorno à história da política de monitoramento e avaliação da atenção básica que veio sendo construída desde o início dos anos 2000 até os dias atuais. Tentaremos lançar luz sobre como se inseriu, quais foram os fatores que contribuíram para o fortalecimento, os avanços e quais os principais desafios para a consolidação da avaliação no âmbito da atenção básica. Para isso, visitaremos a literatura recente sobre avaliação em saúde e desenvolveremos uma análise documental, considerando as principais publicações oficiais e ‘literatura cinzenta’ que envolvem o tema do monitoramento e avaliação na atenção básica.

Monitoramento e avaliação em saúde

O campo da avaliação em saúde tem se expandido de maneira progressiva ao longo das últimas décadas, tanto como disciplina teórico-metodológica, quanto como um campo de práticas,

¹Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8689-1347>
alnunos@gmail.com



racionalmente orientadas, de sujeitos interessados em transformar uma dada situação em saúde na direção de outra mais desejável, considerando um conjunto de princípios e valores ético-políticos.

Na literatura especializada, há um vasto e, por vezes, difuso espectro de conceitos que delimitam aquilo que deve ser entendido como monitoramento e avaliação em saúde^{1,2}. Contudo, alguns aspectos parecem corresponder a um certo consenso a respeito da ideia geral do que venha a ser monitoramento e avaliação. Ao passo que o monitoramento representa o rol de esforços para o acompanhamento sistemático a respeito de algum dos aspectos de uma determinada intervenção, por meio de indicadores mensurados a partir da coleta contínua de dados, a avaliação corresponde ao exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção, de maneira a subsidiar as escolhas da comunidade política no processo de tomada de decisão, seja ele na etapa de formulação ou implementação da intervenção avaliada. A partir dessa ideia, o monitoramento e a avaliação apresentam fortes elementos de complementariedade, na medida em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações que ancorem a realização de processos avaliativos.

A literatura que aborda o desenvolvimento das políticas públicas tem, cada vez mais, afastado-se de modelos analíticos que pressupõem a avaliação como uma etapa de um processo linear, no qual tem a responsabilidade de indicar, ao final da implementação de uma dada política, o sucesso ou fracasso, seja do seu todo ou de partes que a compõe. Torna-se cada vez mais patente que o emprego da avaliação deve ocorrer desde a montagem da agenda (entrada de problemas no rol de preocupação de governos), passando pelo processo de formulação das alternativas viáveis que podem contribuir para a resolução dos problemas identificados, pelo

processo de tomada de decisão das alternativas apresentadas e pela implementação das políticas eleitas pelos agentes públicos. Em cada uma dessas etapas, conteúdos produzidos por avaliações devem ser mobilizados para subsidiar melhores escolhas por parte dos atores envolvidos, seja qual for o momento em que se encontra o desenvolvimento da política pública³.

Para Patton⁴, a avaliação possui três objetivos primários, quais sejam: (a) julgar os resultados produzidos por uma ação, programa ou política; (b) contribuir para o seu desenvolvimento e (c) apoiar a construção de conhecimento a respeito do fenômeno avaliado. No entanto, para além desses objetivos, como chama a atenção Faria⁵, é importante destacar o caráter político-simbólico das iniciativas avaliativas. Para o autor, as avaliações, além de suportar as ações de planejamento e identificação de problemas que precisam ser enfrentados pelos agentes públicos, possuem um forte caráter político. Elas preenchem importantes lacunas de informação a respeito dos resultados alcançados pela ação do poder público, sobre a alocação (ou realocação) dos recursos oriundos dos tributos e conferem legitimidade a ação política e burocrática. Nesse sentido, para além do uso instrumental na qual as avaliações tradicionalmente são mobilizadas, é importante destacar seu elemento democratizador, na medida em que se apresenta como importante dispositivo de amplificação da responsividade do Estado ante as demandas da sociedade.

Outro aspecto de extrema relevância diz respeito à contribuição da avaliação para a promoção da mudança nos rumos das políticas. A tendência da literatura no campo da análise de políticas públicas é o de entender as mudanças como meras adaptações ou ajustes para alterar circunstâncias constrangidas pela reprodução contínua de políticas existentes. A ênfase na estabilidade institucional está associada à ideia de que, por presunção, existem constrangimentos

suficientemente fortes que garantem a continuidade³. Contudo, entendemos que a avaliação das políticas pode contribuir para a alimentação de certa dinamicidade que confronta o instituído e que apresenta alternativas, ajustadas a novas situações, compreensões da realidade e demandas, ainda que existam fortes elementos que reforçam a estabilidade das políticas.

O esforço avaliativo pode envolver, em um extremo, a realização de pesquisas de natureza estritamente acadêmica, profundamente preocupadas com aspectos teóricos, conceituais e metodológicos que confirmam validade científica aos achados dos estudos; e no outro, o emprego de um conjunto variado de técnicas e procedimentos que suportem a prática cotidiana de gestores e trabalhadores, de maneira mais perene e fluida, menos preocupadas com os melindres da robustez metodológica, sem, contudo, descuidar da importância do método e de sua implicação para o reconhecimento do valor dos conteúdos produzidos.

Na experiência recente brasileira, nesse amplo espectro de possibilidades metodológicas, um conjunto elevado de iniciativas emergem de diversas frentes, fontes e perspectivas epistemológicas, indicando uma substancial elevação da relevância das práticas avaliativas no campo da saúde e, em particular nas ações que abrangem os esforços de qualificação da atenção básica no País. No campo orientado para a racionalização dos processos de gestão, o monitoramento e a avaliação ganham maior espaço, principalmente a partir dos anos 1990, na esteira das ações empreendidas pelos governos para promover um processo de reforma do Estado, associado a exigências de organismos internacionais que, ao destinar recursos para a implementação de políticas e programas, determinavam a introdução de planos e ações que pudessem garantir o acompanhamento dos programas ao longo de sua implementação e a avaliação de seus resultados.

Entrada na agenda: o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na atenção básica no âmbito da gestão federal (2001-2010)

O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu em um contexto histórico no qual a extensão dos direitos sociais se apresenta como elemento central no processo de produção do marco institucional após o período autoritário vivenciado pelo País na segunda metade do século XX. A luta pela ampliação dos direitos sociais, que garantissem o aumento do bem-estar e da capacidade produtiva e de consumo da sociedade, passou a integrar o escopo de condições necessárias para a construção de uma sociedade democrática no Brasil. Nesse contexto, importantes estratégias foram sendo gestadas do âmbito do SUS, com o intuito de promover seus princípios e diretrizes, como a universalidade e a integralidade do cuidado. Dentre elas, a atenção básica se destaca por sua capilaridade e capacidade de produzir um deslocamento de uma dada ênfase do cuidado em saúde, quase que exclusivamente centrada nos serviços, para uma perspectiva que considera que as condições de saúde dos indivíduos estão intimamente relacionadas com as dimensões sociais, políticas e econômicas em que estão inseridos⁶.

A atenção básica no Brasil foi se constituindo de maneira heterogênea, estando sistematicamente associada à capacidade fiscal dos municípios, uma vez que não havia, até a construção do SUS, uma política nacional estruturada para atender às demandas locais para o desenvolvimento da atenção básica, e associada a preferências ideológicas dos governantes municipais. Foi apenas em 1996 que o Governo Federal instituiu um mecanismo regular e universal de transferência de recursos aos municípios, condicionados ao porte populacional e à organização e prestação de serviços em atenção básica, o Piso de Atenção Básica (PAB).

A partir de então, o tema do monitoramento e avaliação passou, ainda que timidamente, a ser incorporado no âmbito da gestão federal, principalmente em função das exigências administrativas de controle dos repasses para a implantação da atenção básica no País. Em 1998, o Ministério da Saúde publicou um documento intitulado 'manual para a organização da atenção básica', no qual determina um conjunto de regramentos para o funcionamento da atenção básica; e o tema do monitoramento e avaliação começa a ganhar maior relevo nas estruturas político-gerenciais de funcionamento dos projetos e programas de atenção básica que passaram a ser mais bem planejados e acompanhados pelos gestores do SUS⁷.

Tal manual, em seu capítulo que versa sobre as responsabilidades da gestão, associa a avaliação a mecanismos de controle e prevê a obrigatoriedade dos gestores de elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e avaliação. Esse traço da publicação reforça sua concepção de avaliação como instrumento gerencial de controle das atividades dos municípios, por parte do governo central. Contudo, a mesma publicação já sinaliza em direção a uma percepção mais ampliada da função avaliativa no âmbito geral de funcionamento da atenção básica nos municípios, na medida em que prevê a importância da participação dos trabalhadores das equipes e dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços de atenção básica.

No entanto, foi somente a partir da instituição na estrutura formal do Ministério da Saúde, de uma unidade dedicada às atividades de monitoramento e avaliação da política de atenção básica e dos projetos prioritários de governo, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, que o tema passou a ocupar um papel de destaque na gestão federal. Foi a partir daí que se desenvolveu um conjunto de projetos e ações que culminaram na publicação de uma

Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no ano de 2006⁸.

Ainda em 2002, o Ministério da Saúde empreendeu o maior estudo feito até então para avaliar a situação da atenção básica no País⁹. Tratou-se de um estudo censitário, no qual foram avaliadas 13.501 equipes de saúde da família em cerca de 70% dos municípios brasileiros. Os resultados desse estudo passaram a representar, até então, o maior retrato já construído a respeito das condições em que se encontravam as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família. Foram levantadas questões relacionadas com o funcionamento geral das unidades, ao acesso, infraestrutura, gestão do trabalho, processo de trabalho das equipes e a sua relação com os demais pontos da rede.

No primeiro semestre do mesmo ano, a partir de um acordo de empréstimo firmado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), cujo objetivo principal era estimular a conversão do modelo de atenção básica e expandir a cobertura populacional da saúde da família nas grandes cidades brasileiras (municípios acima de 100 mil habitantes), que naquele período representava o maior desafio para o aumento das coberturas.

O Proesf estava previsto para ser executado em três fases, sendo que a primeira contou com um total de US\$ 68 milhões, iniciada em 2002 e concluída em meados de 2007. Entre seus componentes, havia aquele destinado a investimentos na gestão federal, ao apoio à execução do projeto nos municípios participantes e às iniciativas de monitoramento e avaliação.

Na esteira dos investimentos viabilizados a partir do Proesf, a coordenação de acompanhamento e avaliação desenvolveu um plano estratégico prevendo uma série de medidas que visavam contribuir para o processo de institucionalização da avaliação na atenção básica. A ideia de institucionalização da avaliação está intimamente relacionada com a agenda de modernização da capacidade de

gestão e gestão do cuidado nos serviços de saúde, pressupondo a indução e o estímulo a incorporação cotidiana de práticas avaliativas no interior das organizações^{8,10,11}. Entre os eixos estruturadores do plano estratégico para a institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica, destacaram-se o desenvolvimento da capacidade avaliativa dos atores, a cooperação técnica entre a gestão e a academia, a indução de estudos e pesquisas e a produção de informação e comunicação.

Entre as principais ações relacionadas com a agenda de institucionalização da avaliação, ganharam maior visibilidade a realização dos estudos de linha de base do Proesf, o fomento de estudos e pesquisas avaliativas, a construção e implantação de uma ferramenta para a autoavaliação das equipes e o investimento em ações para o fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias de Estado da Saúde em monitoramento e avaliação da atenção básica.

Os estudos de linha de base do Proesf possuíam como objetivo principal o estabelecimento de uma linha de base para uma posterior avaliação de impacto do projeto ao término de sua terceira fase. Ele iniciou em 2004 e contou com a participação de oito instituições de ensino e pesquisa, que se encarregaram de avaliar a organização da atenção básica, incluindo práticas de gestão e de oferta de serviços, e o cuidado aos usuários, considerando, entre outras coisas, o acolhimento, vínculo e a qualidade do cuidado¹².

Relacionado ao componente de indução de estudos e pesquisas da política de monitoramento e avaliação da atenção básica, em 2005, por meio de editais de pesquisa, a partir de uma parceria do Departamento de Atenção Básica com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foram financiados 84 projetos de estudos e pesquisas, com largo espectro de objetos de análise que envolveram cinco grandes eixos, (1) avaliação da gestão e reorganização da atenção básica em municípios acima de 100 mil habitantes, (2) complexo

produtivo em saúde e financiamento da atenção básica, (3) institucionalização da avaliação na atenção básica no âmbito do SUS, (4) desenvolvimento e validação de metodologias de análise e avaliação da atenção básica e (5) processo de trabalho em saúde¹³.

No componente destinado a investir na capacidade avaliativa dos atores, duas importantes iniciativas foram implementadas: (a) o projeto de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, cujo principal objetivo era apoiar o processo de formação dos gestores estaduais da atenção básica para o desenvolvimento do monitoramento e avaliação¹⁴; (b) e a ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que tinha como principal objetivo oferecer um método que auxiliasse gestores e trabalhadores nas suas ações de planejamento, por meio da identificação dos avanços e das necessidades de qualificação das suas práticas, por meio do auto reconhecimento e da pactuação de compromissos coletivos¹⁵.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou portaria que passou a ser conhecida como Política Nacional da Atenção Básica, documento no qual evidencia de maneira mais clara, em contraste com a portaria que normatizava o funcionamento da atenção básica anterior, a importância do monitoramento e avaliação para o desenvolvimento da atenção básica no País. Entre os fundamentos da política, encontram-se demarcados no documento a realização da avaliação e o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, e entre as atribuições de gestores, nos três níveis de gestão, está a definição de estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica¹⁶. Essa explicitação revela a forte prioridade da gestão federal no campo do fortalecimento da avaliação em saúde, particularmente na atenção básica, e contribuiu para o desencadeamento de um conjunto de

ações que, ao longo dos próximos anos colocaria a prática avaliativa no centro do debate da Política Nacional de Atenção Básica.

No primeiro semestre de 2008, o Ministério da Saúde iniciou a segunda fase do Proesf, garantindo em seu escopo geral e em componentes específicos a continuidade de ações relacionadas diretamente com o monitoramento e avaliação. Para essa fase, foram destinados no acordo de empréstimo um montante de US\$ 83,45 milhões para financiar a continuidade do processo de ampliação do Saúde da Família nas grandes cidades e para o fortalecimento da capacidade avaliativa no âmbito estadual e federal. A novidade dessa segunda fase, que durou até 2015, foi a introdução de dispositivos que atrelavam os valores a serem transferidos aos estados e municípios ao alcance de metas de desenvolvimento institucional e de resultados para uma série de indicadores de saúde.

Ainda em 2008, a exemplo do que havia ocorrido em 2002, o Ministério da Saúde colocou em curso uma pesquisa amostral intitulada: 'Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas', para avaliar a situação da atenção básica em todo o País. Para uma amostra de 2.133 equipes, representativa por Unidade da Federação, foram avaliados o processo de trabalho das equipes, o acesso dos usuários a serviços e procedimento, a gestão do trabalho e a infraestrutura das unidades básicas de saúde.

Com vistas ao fortalecimento das práticas avaliativas na atenção básica, outra importante iniciativa do Ministério da Saúde nesse período, em parceria com pesquisadores de várias instituições e regiões do País, além de entidades representativas de classe e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, foi a constituição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde em 2009, com o objetivo de fomentar a articulação entre pesquisadores, gestores, profissionais e usuários, além de estimular uma apropriação do conjunto da sociedade dos resultados de pesquisa para a qualificação da atenção básica.

Desde então, a rede tem se tornado um dos mais importantes espaços de reflexão, discussão e de *advocacy* na atenção básica. Em todos esses anos, ela se ocupou em reunir, periodicamente, pesquisadores, gestores e trabalhadores para a definição de agendas de pesquisa, análise e debate sobre os resultados de estudos realizados e, sobretudo, para a defesa política da importância da atenção básica para o fortalecimento do SUS.

Como pudemos observar, nesse breve apinhado das principais iniciativas do Ministério da Saúde no campo da avaliação da atenção básica, a primeira década dos anos 2000 apresentou-se como importante momento histórico no desenvolvimento das bases para a institucionalização da avaliação, produzindo um ambiente extremamente favorável para o que viria pela frente nos próximos anos.

Consolidação da agenda: o reforço das ações de monitoramento e avaliação na atenção básica no âmbito da gestão federal (2011-2018)

Em 2011, apesar de o Brasil estar vivendo um momento de euforia econômica, um dos principais entraves para a implementação do SUS e, em particular, da Política Nacional de Atenção Básica estava relacionado com o seu financiamento^{17,18}. Em resposta a esse cenário, no discurso oficial do governo, havia uma intenção declarada em mitigar o subfinanciamento da atenção básica, a partir do aumento dos investimentos federais nos programas prioritários.

O modelo de financiamento vigente, contudo, que até então considerava apenas contingentes populacionais e a oferta de serviços registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), era fortemente criticado por diversos seguimentos, inclusive pela própria Presidência

da República, que condicionou a autorização para a ampliação do financiamento federal da atenção básica ao estabelecimento de mecanismos mais robustos e regulares de avaliação da qualidade dos serviços ofertados à população.

Para atender a essa demanda, o Ministério da Saúde instituiu, em meados de 2011, um componente de qualidade no bloco de financiamento da atenção básica, por meio da criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Pela primeira vez, o financiamento da estratégia saúde da família passou a ser determinado também pelo desempenho das equipes, aferido por meio do monitoramento de indicadores de saúde e da avaliação de padrões de qualidade. O condicionamento da transferência de recursos ao desempenho dos serviços contribuiu para um forte impulsionamento da agenda nacional de monitoramento e avaliação.

Desde o início do processo de implantação do Saúde da Família, uma das principais características da política foi o esforço permanente em manter um ritmo intenso de adesão e ampliação da cobertura populacional. Muito embora se reconhecesse os avanços e resultados atingidos pela atenção básica no Brasil, os estudos a respeito do seu funcionamento e qualidade apontavam para a necessidade do enfrentamento de problemas em diversas dimensões, desde aspectos relacionados com a infraestrutura e ambiência das unidades, passando por aspectos relacionados ao acesso, acolhimento, resolutividade e integração com os demais níveis da rede de atenção à saúde¹⁹⁻²¹.

A cobertura populacional da saúde da família no final de 2010 já atingia mais de 50% da população brasileira, com 32.243 equipes; e o histórico de crescimento anual vinha apresentando um refreamento ao longo dos últimos anos. O desafio do financiamento e, sobretudo, a dificuldade de provimento e fixação do profissional médico nos municípios menores e mais isolados dos centros urbanos e nas periferias das grandes

idades impuseram uma expressiva diminuição nas possibilidades de expansão do Saúde da Família. Diante desse cenário, inseriu-se, de maneira mais contundente na agenda da política, a necessidade de fortalecer o desempenho dos serviços. A questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica assumiu maior relevância e a preocupação com a rápida expansão foi cedendo lugar a uma maior preocupação com a qualidade e a resolutividade da atenção básica^{22,23}.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde colocou em curso um amplo processo de revisão da política brasileira de atenção básica em saúde que apresentou como resultado a publicação de uma nova política em outubro de 2011. No que se refere ao tema do monitoramento e avaliação, ela reforça os elementos que já haviam sido inseridos na política anterior e atrela, explicitamente, a ideia da institucionalização da avaliação a processos de qualificação da atenção básica. Figura como responsabilidade dos três níveis de gestão empreender estratégias de qualificação da atenção básica por meio do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços e, além disso, cumpre aos trabalhadores se envolver nas atividades de planejamento local, bem como o

monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas²⁴.

Uma das maiores novidades inseridas na política foi o PMAQ-AB, que além de sinalizar para o aumento do financiamento federal da atenção básica, mediante o alcance de resultados, intensificou a centralidade do monitoramento e avaliação no contexto geral política. O programa, enquanto importante componente da política, passou a capitanear os esforços do Ministério da Saúde para a mobilização dos atores locais em direção

a mudanças nas práticas de gestão, cuidado e gestão do cuidado^{22,24}. Do ponto de vista financeiro, apenas no primeiro ano (2011) de sua execução, o programa garantiu um incremento de R\$ 70 milhões nos repasses federais para os municípios; em 2012, de aproximadamente R\$ 700 milhões; em 2013 e 2014, de aproximadamente R\$ 1,3 bilhão; e entre 2015 e 2017, de aproximadamente R\$ 1,7 bilhão, sendo que, atualmente, o programa representa cerca de 10% do orçamento federal.

Entre seus principais objetivos, o PMAQ-AB pretendia provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais, alterando a estrutura de preferências e o comportamento desses atores. Com uma lógica fortemente vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, o programa demarcou um conjunto de elementos que deveria ser tratado como prioridade, ganhando destaque temas como planejamento, monitoramento e avaliação, gestão do cuidado em saúde, acolhimento à demanda espontânea, dentre tantos outros que no seu conjunto pretendiam contribuir para a conformação de uma atenção básica mais acessível e resolutiva.

Em seus dois primeiros ciclos (2011 e 2013), o programa foi organizado em quatro fases complementares que deveriam conformar um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. A primeira fase, 'de adesão e contratualização', constitui um momento em que é esperada a iniciativa de gestores e trabalhadores para o engajamento nos processos de qualificação daquilo que fazem, a partir da confirmação de seu interesse em se comprometer com o desenvolvimento de uma série de medidas que pudessem qualificar a oferta de serviços aos usuários. Na segunda fase, 'de desenvolvimento', cerne e elemento estruturante do programa, os sujeitos que se comprometeram na etapa de adesão formal deveriam colocar em ação os esforços qualificadores da atenção básica, e, para isso, o programa prevê quatro estratégias mais relevantes que possam orientar o movimento dos atores:

autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase, 'de avaliação externa', constitui-se na aplicação de instrumentos avaliativos, como o nome sugere, realizada por agentes externos, cujos resultados contribuem para a composição das notas das equipes para a sua certificação. Por fim, a quarta fase, 'de recontratualização', é aquela destinada a inserir a ciclicidade no programa prevendo novo momento de contratualização, a partir dos desempenhos alcançados no ciclo anterior. No terceiro ciclo (2015), o programa passou a ser organizado em apenas três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. A intenção dessa mudança em seu desenho foi a de desatrelar os esforços de qualificação às suas etapas procedimentais.

Uma importante inovação do programa foi articular, na etapa de avaliação externa, interesses, métodos e aplicações de modelos de avaliações normativas e pesquisas avaliativas simultaneamente. Para essa etapa, foram mobilizadas dezenas de instituições de ensino e pesquisa, que, inicialmente, foram mobilizadas no interior da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, sendo que muitas delas foram responsáveis pela execução de estudos avaliativos da atenção básica desenvolvidas ao longo da década anterior, em uma complexa operação de governança, formulação dos instrumentos e execução do processo de coleta de dados. No primeiro ciclo, participaram do programa e foram avaliadas 17.482 equipes (53,1%); no segundo ciclo, 30.424 (88,7%) e no terceiro, 38.849 (95%).

Os instrumentos de avaliação externa contam com questões/padrões de qualidade relacionados com condições de infraestrutura e ambiência das unidades básicas de saúde, existência de equipamentos em condições de funcionamento, disponibilidade de insumos, medicamentos e imunobiológicos, a gestão do trabalho, ao acesso, acolhimento, processo de trabalho, oferta de serviços, integração com a rede de atenção à saúde e satisfação do usuário.

Nesse período, outra dimensão que passou a fazer parte do rol de preocupações do Ministério da Saúde para a qualificação do monitoramento e avaliação da atenção básica foi o aperfeiçoamento do sistema de informação. Os dados coletados e registrados são essenciais para o processo de monitoramento e, em muitas situações, a depender do escopo e desenho, também para o processo de avaliação. Desde 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) constituiu-se como a principal fonte de dados para o monitoramento e avaliação da atenção básica, e sua mais importante característica era a sua possibilidade em disponibilizar informações territorializadas para o planejamento local, seja por parte do gestor, seja por parte da equipe de saúde da família, e até mesmo do agente comunitário de saúde, na medida em que permitia a agregação de informações por microárea de atuação de cada agente²⁵.

Foi necessário, contudo, a partir da formulação e implementação de uma estratégia de saúde eletrônica (eSaúde) para o País, implementar significativas transformações na concepção de sistema de informação para a atenção básica. O eSaúde pressupõe, entre outras coisas, a padronização de modelos de informação, a interoperabilidade entre distintos sistemas de informação nos diferentes níveis de atenção e a informação individualizada por cidadão, de forma a permitir o uso do registro eletrônico em saúde²⁶.

Para essa nova realidade conceitual de desenvolvimento de saúde digital, o Siab apresentava uma série de limitações, inclusive do ponto de vista tecnológico, que conduziram à necessidade da constituição de um novo sistema de informação para a atenção básica. Entre as mais importantes, destacam-se o fato de que o sistema de coleta de dados era exclusivamente em formato de fichas impressas, com necessidade de posterior digitação, não permitia a informação individualizada, possuía um escopo restrito de informações para a gestão e gestão do cuidado e inviabilizava a integração com os demais

sistemas que utilizam o cartão nacional de saúde para a identificação e registro das intervenções de saúde.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou a estratégia eSUS Atenção Básica e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), com o intuito de promover avanços tecnológicos do sistema utilizado na captação de dados da atenção básica, aprimorar as ferramentas utilizadas por trabalhadores e gestores nas ações de cuidado e gestão, promover a integração e a interoperabilidade com outros sistemas de informação em saúde e buscar a reestruturação nas formas de coleta, processamento, validação e uso de informações. Com essa nova concepção para o sistema de informação na atenção básica, as possibilidades de uso dos dados coletados rotineiramente nos serviços, para iniciativas de monitoramento e avaliação, ampliaram-se significativamente. A partir de então, passou a ser possível monitorar não somente o número de atendimentos, procedimentos ou visitas domiciliares dos profissionais, mas também o nível de acesso e utilização dos serviços, na medida em que permite mensurar indicadores como o número de usuários da área de abrangência das equipes atendidas, para além do número de atendimentos, que não permite acompanhar a concentração ou dispersão do acesso entre os usuários cadastrados.

Nas situações em que as unidades básicas de saúde encontram condições para implantar o eSUS Atenção Básica na modalidade de prontuário eletrônico, o seu uso potencializa, sobremaneira, a gestão e a coordenação do cuidado, uma vez que abre a possibilidade de os profissionais da atenção básica acessarem informações mais detalhadas e em tempo oportuno, de intervenções em saúde realizadas em outros serviços e níveis de atenção nos usuários vinculados às equipes que atuam nessas unidades básicas. Para isso, os maiores desafios relacionados com a estratégia eSUS Atenção Básica têm sido: (a) a integração com demais sistemas de informação, tais como o Sistema de Monitoramento

e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (Sisprenatal) e o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); e (b) a implantação do prontuário eletrônico nas unidades básicas de saúde, haja vista que, das cerca de 42 mil unidades em funcionamento no Brasil, em março de 2018, apenas 19.163 utilizavam prontuário eletrônico, sendo que, dessas, 9.373 utilizavam o sistema eSUS Atenção Básica (modalidade prontuário eletrônico).

Em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica passou por mais um momento de mudança; e, no que tange ao tema do monitoramento e avaliação, o conteúdo da política seguiu reforçando a relevância da temática enquanto responsabilidade de gestores e trabalhadores, com vistas à institucionalização e à qualificação da atenção básica, introduziu com maior detalhamento a importância de dispositivos como o da autoavaliação e reafirmou o modelo de financiamento que contempla componente de transferência de recursos condicionados ao desempenho e qualidade dos serviços²⁷.

A exemplo do que percebemos ter ocorrido na primeira década dos anos 2000, o volume de esforços e de iniciativas do Ministério da Saúde, voltados para a consolidação das práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica, manteve-se presente nos anos 2010, por vezes reforçando métodos, instrumentos e concepções organizativas do período anterior, e por outras, instituindo novas formas e aperfeiçoando às já existentes.

Considerações finais

A melhoria de toda e qualquer política pública passa pelo reconhecimento de seus problemas e pelo exercício de encontrar caminhos para a mitigação ou eliminação desses problemas. Contado com tal premissa, a literatura que trata da análise de políticas públicas, nos mais variados campos do

conhecimento, tem dado importantes contribuições para desvelar possíveis caminhos em direção ao aperfeiçoamento das políticas. Dentre eles, tem-se destacado o papel da avaliação nesse processo.

Toda avaliação, a despeito das escolhas metodológicas do avaliador, revela apenas um recorte da realidade; e o uso de seus resultados no processo de tomada de decisão dependerá do contexto político, social e econômico no qual os diferentes atores estão inseridos. O ‘bom’ método confere credibilidade aos resultados dos esforços avaliativos, mas sem um engajamento e reconhecimento dos sujeitos envolvidos nas diferentes faces das políticas, muito provavelmente, não haverá mudança. No Estado liberal democrático, os incentivos institucionais para a produção de fatores que favoreçam a transparência das atividades do poder público, bem como seus efeitos, têm povoado o debate público; e, segundo nosso entendimento, sem o incentivo e investimento em medidas concretas que viabilizam a análise e compreensão do que é proposto, executado e deixado de ser executado pelo Estado, não será possível a materialização do ideal de *accountability* democrático tão amplamente proposto e defendido pelos teóricos da democracia.

Como descrevemos ao longo do presente ensaio, as últimas duas décadas foram particularmente profícuas na produção de experiências que viabilizaram a materialização, ao menos em parte, da agenda de institucionalização da avaliação na atenção básica. No entanto, cabe indagar quais seriam os maiores desafios a serem enfrentados na consolidação dessa agenda, sobretudo em cenários que exigem forte resiliência do sistema público de saúde e no qual se avizinhem profundas restrições de ordem orçamentária e financeira, como tudo indica ser a atual situação no Brasil. Para uma incompleta e não exaustiva contribuição, entre os desafios mais relevantes para essa agenda, nos parece ganhar maior relevo:

- a. A consolidação do PMAQ-AB como principal instrumento de monitoramento, avaliação, qualificação e financiamento da atenção básica;
- b. A construção e aperfeiçoamento de ferramentas e dispositivos de monitoramento e avaliação, adequados aos padrões tecnológicos atuais, capazes de contribuir para a qualificação dos processos de gestão e de gestão do cuidado;
- c. O seguimento de investimentos para o aumento da capacidade avaliativa de gestores e trabalhadores da atenção básica;
- d. A regulação do mercado de prontuário eletrônico na atenção básica, com a definição de critérios, funcionalidades e modelos de informação que favoreçam uma atenção básica acessível, acolhedora e resolutive;
- e. A consolidação do eSUS Atenção Básica como principal ferramenta de prontuário eletrônico na atenção básica, integrando e/ou interoperando com os demais sistemas de informação;
- f. O reforço do investimento, fomento e uso de pesquisas avaliativas para o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, e;
- g. O aperfeiçoamento dos mecanismos de publicização, comunicação e uso dos resultados produzidos por processos avaliativos. ■

Referências

1. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz, ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
2. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.
3. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Política pública: seus ciclos e subsistemas, uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
4. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Londres: SAGE; 1997.
5. Faria CAP. A política da avaliação de políticas públicas. Rev. bras. Ci. Soc. [online]. 2005 out; [acesso em 2018 out 2]; 20(59): 97-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-092005000300007&script=sci_abstract&lng=pt.
6. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997. p. 11-24.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 13 Nov 1998.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
10. Felisberto, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2006 set [acesso em 2018 out 2]; 11(3):553-563. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300002&script=sci_abstract&tlng=es.
11. Felisberto E, Bezerra LCA, Albuquerque AC. Avaliação na estratégia saúde da família: os sentidos da institucionalização dessa prática. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014. p. 811-843.
12. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, et al. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do saúde da família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2006 set [acesso em 2018 out 2]; 11(3):725-731. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>.
13. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública.* [internet]. 2008 ago [acesso em 2018 out 2]; 24(8):1727-1742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002.
14. Natal S, Santos EM, Alves CKA, et al. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2008. p. 341-367.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Auto-Avaliação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 29 Mar 2006.
17. BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A atenção básica que queremos. Brasília, DF: Conasems; 2011. [acesso em 2018 out 2]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1396-a-atencao-basica-queremos-6&Itemid=965.
18. Mendes A, Marques RM. A dimensão do financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no contexto do SUS. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014. p. 458-517.
19. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2009 jun; [acesso em 2018 out 2]; 14(3):783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232009000300014&script=sci_abstract&tlng=es.

20. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2006 set [acesso em 2018 out 2]; 11(3):669-681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232006000300015&script=sci_abstract&tlng=pt.
21. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública*. [internet]. 2009 maio [acesso em 2018 out 2] 25(5):1153-1167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>.
22. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS*. [internet]. 2012 ago [acesso em 2018 out 2]; 6(2). 1-19. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>.
23. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em debate*. [internet]. 2014 out [acesso em 2018 out 2]; 38(esp):358-372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S01031042014000600358&tlng=pt.
24. Brasil. 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*. 22 Out 2011.
25. Aquino R, Medina MG, Abdon C. Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na atenção primária à saúde no Brasil. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espe-lho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 893-932.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia eSaúde para o Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.

Recebido em 12/06/2018
Aprovado em 05/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?

How to ensure the right to health for 'rural, forest and water' populations in Brazil?

Vanira Matos Pessoa¹, Magda Moura Almeida², Fernando Ferreira Carneiro³

DOI: 10.1590/0103-110420185120

RESUMO A reestruturação produtiva, nas últimas décadas, gerou grandes mudanças na zona rural brasileira, destacando-se a reprimarização da economia, que provocaram conflitos pela terra e água entre o Estado, o capital e as populações rurais, acarretando doenças, mortes, violência, contaminação ambiental e riscos à saúde humana. Este ensaio objetivou problematizar a situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, os desafios e as estratégias adotadas para garantir o direito à saúde. A Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada das pessoas no SUS, ainda apresenta diversos problemas relativos à sua implantação, como: pior desempenho em áreas rurais; a territorialização que ainda não se faz na perspectiva dos espaços socio-sanitários de maior risco; e apresenta fragilidade na participação social. O acesso dessas populações ao SUS requer articulação de saberes e experiências de planejamento e avaliação permanentes das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade. Exige também um processo ágil de educação permanente dos trabalhadores de saúde e de educação popular, com uma proposta nova e diferenciada, rompendo com a lógica curativista e que considere as especificidades da influência da determinação social da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Determinação das necessidades de saúde. Saúde rural. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Productive restructuring in the last decades has brought about great changes in the Brazilian rural area, with emphasis on the reprimarization of the economy, which induced conflicts over land and water between the State, the capital and the rural populations, causing illness, death, violence, environmental contamination and risks to human health. This essay aims at problematizing the health situation of the rural, forest and water populations, the challenges and the strategies adopted to ensure the right to health. The Family Health Strategy as a gateway for people in the SUS, still presents several problems related to its implementation, such as: worse performance in rural areas; the territorialization is still not done in the perspective of the socio-sanitary spaces of greater risk, and it presents fragility in social participation. The access of these populations to the SUS requires articulation of knowledge and experiences of planning and permanent evaluation of intersectoral actions, as well as responsibilities and shared*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3676-9607>
vanira.pessoa@fiocruz.br

²Universidade Federal do Ceará (UFC), Departamento de Saúde Comunitária – Fortaleza (CE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4806-2345>
magda.almeida@ufc.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-6625-9715>
fernandocarneirofiocruz@gmail.com

information, in order to achieve health care with quality and comprehensiveness. It also demands an agile process of permanent education of health workers and popular education, along with a new and differentiated proposal breaking with curative logic and considering the specificities of the influence of the social determination of health.

KEYWORDS Needs assessment. Rural health. Family Health Strategy. Primary Health Care.

Introdução

O contexto da reestruturação produtiva nas últimas décadas no Brasil gerou grandes mudanças na zona rural brasileira, destacando-se a reprimarização da economia, com estímulo governamental para a produção de *commodities* para exportação. O modelo de desenvolvimento neoextrativista brasileiro tem o agronegócio como uma das principais atividades econômicas nacionais com uso intensivo de agrotóxicos. A reorganização econômica do País também priorizou a construção de barragens e hidrelétricas em regiões de floresta. Essa mudança tem acontecido permeada por conflitos pela terra e água entre o Estado, o capital e as populações rurais, acarretando mortes, violência, contaminação ambiental e riscos à saúde humana¹⁻⁴.

Nesse cenário de transformações do modo de produção rural, há mudanças significativas na demografia e muita insuficiência no acesso às políticas públicas saudáveis, como recomendou a Declaração de Adelaide⁵, em 1988. Mais recentemente, a Declaração de Delhi⁶ reforça que as necessidades das pessoas vivendo em áreas rurais e de difícil acesso devem ser consideradas prioritárias, se as nações querem atingir a cobertura universal em saúde.

Reconhecer o Brasil rural é fundamental para intervir no processo saúde-doença no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)

no Sistema Único de Saúde (SUS), pois o universo rural tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias. No mundo rural, há, primeiramente, a questão ambiental, que está diretamente ligada ao modo de vida e reprodução social.

O Brasil rural tem populações em condições de isolamento geográfico no semiárido e na Amazônia, expostas a riscos e agravos de saúde radicalmente diferentes. Há um modo de produzir que vai desde a pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo, a mineração, que expõem essas populações a um conjunto de agravos específicos, que precisam ser conhecidos e cuidados pela APS. Apesar disso, as categorias trabalho e ambiente continuam pouco abordadas nas práticas de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) tanto nos cenários urbanos como nos rurais⁷.

No Brasil, a APS no SUS tem sido implementada por meio da ESF, que avançou em termos de cobertura populacional e se apresenta como uma proposta contra hegemônica ao modelo médico assistencial privatista hegemônico no Brasil. A ESF como porta de entrada das pessoas no SUS ainda apresenta diversos problemas relativos à sua implantação, como: pior desempenho em áreas rurais; a territorialização que ainda não se faz na perspectiva dos espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações e fragilidades na participação social⁷.

Considerando o cenário descrito acima

e o princípio da equidade que deve orientar as políticas de saúde, reconhecendo as demandas e necessidades singulares de determinados grupos populacionais, de forma a reduzir suas vulnerabilidades e minimizar os impactos da determinação social da saúde, foram instituídas no SUS um conjunto de políticas de equidade em saúde, entre elas, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)^{8,9}.

Este ensaio objetiva problematizar a situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, os desafios e as estratégias adotadas na APS para garantir o direito à saúde desses povos no Brasil.

Este estudo é fruto do debate realizado pela Rede de Pesquisa em APS na atividade preparatória do XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrascão 2018, que aconteceu nos dias 20 e 21 de março de 2018, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro (RJ). O documento preliminar que subsidiou a discussão em grupo foi baseado em dados secundários, documentos oficiais e artigos científicos sobre o tema em diálogo com duas experiências: o Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Teia de Saberes e Práticas – OBTEIA, criado em 2011 pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB) em parceria com a Fiocruz Ceará e financiado pelo Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo analisar as políticas e situação de saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA); e a experiência da Diretoria de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em territórios rurais.

Na análise, buscou-se expor os problemas das PCFA dialogando com os desafios e as estratégias adotadas pela APS com vistas à garantia do acesso à atenção integral à saúde.

População rural nos cenários do campo, da floresta e das águas: o estado da arte

O Brasil adota para determinação de áreas rurais e urbanas a divisão baseada em critérios legais ou político-administrativos, no qual os perímetros urbanos (e os rurais, por exclusão) são delimitados por decisão legislativa dos municípios, o que é impreciso, discutível, influenciável por questões tributárias, e que tende a superestimar sua população urbana. Tanto que, após a revisão da classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, verificou-se que 60,4% dos municípios brasileiros foram considerados predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos¹⁰.

Países e organizações europeias utilizam outros critérios na definição de áreas rurais e urbanas, como: tamanho da população, densidade demográfica, oferta de serviços, participação da agricultura, divisão administrativa, o uso do solo, aglomeração de habitações e até a distância rodoviária percorrida aos centros de serviços mais próximos¹¹. No Canadá e nos Estados Unidos¹², embora considerem o rural como um subproduto ou resíduo do urbano, a tendência das últimas décadas é pela busca de alternativas não dicotômicas e reducionistas, por meio do investimento em classificações mais refinadas^{10,11,13}.

Apesar da diversidade, não há país que prescindia dessa análise para elaborar diagnósticos socioeconômicos, bem como para o desenvolvimento e estabelecimento de políticas públicas, atendendo a uma demanda do planejamento de políticas adequadas às especificidades das populações rurais¹⁰⁻¹³. No que se refere às análises sobre saúde nos territórios rurais, os australianos têm adotado a compreensão de que é preciso considerar elementos de contextos internos

e externos aos territórios rurais. As análises sobre a questão do isolamento geográfico, por exemplo, devem estar relacionadas com fatores, como: relações sociais, as respostas locais de saúde, sistemas de saúde mais amplos, as estruturas sociais e de poder¹¹.

Os movimentos sociais no Brasil, juntamente com instituições de pesquisa e o MS, reunidos no Grupo da Terra, após 10 anos de debates, formularam uma política de equidade intitulada PNSIPCFA. A terminologia PCFA é um conceito contemporâneo dos movimentos sociais e populares brasileiros, e integra a luta contra a invisibilidade destas populações dentro do setor saúde. Esta terminologia destaca que as práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular e do SUS precisam ser compreendidos e são diferenciados. Esse conceito já vem sendo adotado nos relatórios e documentos da XIV e XV Conferências Nacionais de Saúde como populações do campo, da floresta e das águas, e não mais, população rural⁸.

O debate conceitual se deu no processo de formulação da PNSIPCFA, visto que as populações extrativistas da Amazônia não se reconheciam na categoria 'rural' ou 'campo', pois para eles isso estaria ligado à produção agropecuária. Eles vivem da floresta, e para sua manutenção, é preciso que ela esteja de pé e não seja derrubada para a expansão da produção, portanto, consideram-se população da floresta. Alguns anos depois, no processo de aprovação da PNSIPCFA, o Movimento de Pescadoras e Pescadores também não se reconheceram nas categorias 'campo' e 'floresta', afinal vivem das águas, sejam interiores, rios ou do mar, e se identificam como população das águas⁸.

A PNSIPCFA reforça que a população rural é invisibilizada dentro dessa categoria como grupos populacionais homogêneos e propõe a terminologia 'populações do campo, da floresta e das águas' para expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade dessas populações que vivem espalhadas em todas as regiões brasileiras com

seu modo de viver. As PCFA são os povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo. Dentro desse grupo populacional, tem-se os camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens, entre outras comunidades tradicionais^{7,8}.

A partir dessa tensão provocada pelos movimentos populares, iniciaram-se estudos que geraram dissertações, teses, artigos e livros, utilizando essa denominação em uma aproximação teórica, em que se busca utilizar esse conceito produzido pelos movimentos sociais e discuti-lo no âmbito acadêmico. Torna-se muito necessário e oportuno esse debate teórico tendo em vista as limitações e insuficiências crescentes do que chamamos 'rural' e como as PCFA são classificadas e tratadas pelas políticas públicas⁸.

Informações socio sanitárias, epidemiológicas, demográficas e econômicas das populações do campo, da floresta e das águas nos contextos rurais

As PCFA concentram altos índices de pobreza e analfabetismo, relacionados com as iniquidades na distribuição da riqueza existente no Brasil. Dentre as dificuldades de acesso às políticas públicas, destacam-se: falta de acesso à educação, transporte público, comunicação, saneamento e acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis^{8,10-13}.

No Brasil, 72,2% da população rural ainda acessa água apenas por meio de poços, cacimbas, açudes e barreiros, acesso esse muitas vezes precário e com grande potencial para provocar doenças. A falta de acesso regular a qualquer fonte de água potável ainda é uma situação bastante presente na realidade social brasileira, e, particularmente, crítica para a população rural, em especial, para aquela em situação de extrema pobreza. Variações climáticas que afetam a disponibilidade de água, a poluição de fontes hídricas disponíveis, conjugadas com uma reduzida oferta da rede pública de abastecimento de água, têm afetado severamente as condições de sobrevivência dessa população¹⁴.

Entre os avanços no acesso as políticas sociais nos últimos anos no Brasil, percebeu-se impactos nos indicadores de saúde e nas condições de vida relacionadas com os Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a Aposentadoria Rural, e, em relação ao setor saúde: o Programa Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, que contribuíram para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais^{15,16}.

A mortalidade nas áreas urbana e rural é um dos indicadores fundamentais para a priorização das ações da APS. Observa-se na área urbana que o grupo de menores de 1 ano concentra 3,1% do total de óbitos, enquanto na área rural, este percentual é de 5,4%. A maior diferença foi encontrada no grupo de 1 a 4 anos, em que o percentual da área rural foi de 1,6%, que é mais que o dobro da área urbana (0,7%). Também, em contraste com a área urbana, a participação dos óbitos de menores de 1 ano em relação à população total, na área rural, assume valores bem significativos no Amazonas (16,0%), no Amapá (15,0%), no Acre (12,6%), no Pará (11,1%) e no Maranhão (10,2%). Todos os estados que apresentam percentuais acima de 10%, estão na região Norte, onde as distâncias e as dificuldades de acesso são marcantes¹⁴.

A frequência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) ainda é elevada, como evidenciou um estudo que avaliou municípios de pequeno porte com grande proporção de população rural (79% a 51%). O estudo constatou que, de 2004 a 2015, as gastroenterites infecciosas e suas complicações foram as principais causas de internação na maioria dos locais¹⁶. Essas internações refletem a precariedade das condições de saneamento básico, mas também da ineficiência da APS na prevenção primária e secundária desses agravos, por meio de medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade, como a reidratação oral e a antibioticoterapia associada.

O elevado número de internamentos por insuficiência cardíaca e doenças pulmonares em alguns municípios pode significar o diagnóstico tardio e a dificuldade na condução das doenças crônicas nos respectivos territórios. O mesmo estudo evidencia o elevado número de suicídios por arma de fogo e outras causas na região Centro-Oeste e Norte¹⁶.

Outro fenômeno que tem se intensificado é a masculinização e a violência rural. A violência, mesmo sendo constante no meio rural, é pouco divulgada, até quando excede padrões, como pode ser visto no relatório da Comissão Pastoral da Terra (CPT), publicado em 2016, que apresenta índices recordes e ainda mais preocupantes: aumentaram todos os tipos de conflito, sendo os maiores números de conflitos dos últimos 10 anos; conflito de terra o maior em 32 anos de documentação da CPT, e aumento de todas as formas de violência no campo em relação a 2015. Os homicídios tiveram um aumento de 22%, o maior número desde 2003. As agressões tiveram o maior índice de aumento: 206%¹⁷.

A situação de exclusão e negação de acesso às políticas econômicas e sociais contribui para o êxodo rural, principalmente da juventude e das mulheres. O êxodo seletivo de jovens, em especial, de mulheres, torna o envelhecimento da população rural mais intenso que na população urbana, na qual a

parcela adulta ainda conseguiu crescer em ritmo acelerado nos últimos anos¹⁸. Nas áreas rurais, a população jovem reduziu 6 milhões em 20 anos, a população adulta estagnou e a população idosa cresceu em pouco mais de 1 milhão. A razão entre os idosos com 65 anos ou mais e a população jovem com 17 anos ou menos, chamado de índice de envelhecimento, passou de 9,7% em 1991 para 21,4% em 2010 na população rural¹⁹. Outro aspecto fundamental se refere às famílias nucleares, que caiu de 74% para 58% do total de famílias. A participação dos casais sem filhos nas áreas rurais aumentou de 4% para 12%, entre 1981 e 2011¹⁹.

Acesso integral à saúde e aos serviços de APS

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) desenvolveu pela primeira vez provas globais que sugerem diferenças significativas, senão extremas, entre as populações rurais e urbanas, no que se refere à cobertura e acesso à saúde nos níveis global, regional e nacional. Embora 56% da população rural global careça de cobertura de saúde, apenas 22% da população urbana não possui acesso aos serviços de saúde²⁰.

A situação é agravada pela extrema escassez dos recursos humanos de saúde nas áreas rurais, impactando na prestação de serviços de qualidade. Nas áreas rurais, é observado um *deficit* global de cerca de 7 milhões de trabalhadores de saúde, em comparação com a falta de 3 milhões de pessoal qualificado nas áreas urbanas²¹.

Em relação ao acesso aos profissionais de saúde e à disponibilização destes para atuar em cenários rurais, é importante considerar que: a especialização cada vez maior das profissões da saúde, em especial, da formação médica (em sistemas de órgãos e/ou estados patológicos), promoveu ao longo do século economias de escala e centralização dos serviços de saúde, levando os profissionais de saúde a exercer sua prática profissional em grandes centros urbanos^{20,21}.

Todo governo, contudo, pode influenciar o mercado de trabalho da saúde por meio de regulamentação, financiamento e informação. Um mercado de trabalho inteiramente livre nunca levará a uma força de trabalho de saúde bem distribuída, porque muitas pessoas são atraídas para centros urbanos ou, em alguns casos, para outros países. Ressalta-se que qualquer política de fixação e provimento deve ser equânime e considerar a feminilização das profissões da saúde, segundo as diretrizes já expostas em vários documentos nacionais²² e internacionais²³.

Estratégias que enfocam o provimento temporário, mas não fixam o profissional nas áreas rurais, (serviço temporário obrigatório ou voluntário, migração de profissionais estrangeiros) são soluções emergenciais, de curto prazo, pois, indiretamente, desestimulam as melhorias estruturais dos sistemas de saúde locais e a busca de um perfil profissional adequado²⁴.

Destaca-se a responsabilidade social das universidades públicas com o recrutamento e fixação dos médicos nas regiões de difícil provimento. Instituições privadas podem vincular o fornecimento de bolsas de estudo ou outros subsídios educacionais a acordos de retorno ao serviço em áreas rurais ou remotas para aumentar o recrutamento de profissionais de saúde nessas áreas.

Estudos mostram que os três fatores mais fortemente associados à prática rural dos profissionais da saúde são: (i) ser proveniente do meio rural; (ii) ter experiências clínicas e educacionais positivas em ambientes rurais como parte da educação médica de graduação; (iii) treinamento direcionado para a prática rural no nível de pós-graduação²⁵⁻²⁷.

As recomendações baseadas em evidências incluem políticas de admissão direcionadas para matricular os alunos com procedência rural em programas de educação, a fim de aumentar a probabilidade de os graduados optarem por exercer suas práticas em áreas rurais²⁵⁻²⁷.

A inclusão de temas de saúde rural deve

ser feita por meio da revisão dos currículos de graduação e pós-graduação, aumentando as competências dos profissionais de saúde que trabalham nas áreas rurais e, assim, contribuir para a satisfação destes e para a sua retenção no trabalho como umas das estratégias nacionais a longo prazo^{26,27}.

O cuidado com a formação deve ser estendido para a criação de postos de trabalhos que absorvam a mão de obra egressa. Para essas locações serem atrativas, diferentes incentivos, financeiros e não financeiros devem ser oferecidos. Na perspectiva dos médicos brasileiros, além do salário, a flexibilidade da jornada de trabalho, a infraestrutura da Unidade Básica de Saúde (UBS) e as opções de lazer do município são fatores indutores de fixação²⁸. Apoiar o desenvolvimento de redes profissionais, associações profissionais de saúde rural, periódicos de saúde rural etc., a fim de melhorar o reconhecimento dos profissionais de saúde em áreas rurais, pode reduzir os sentimentos de isolamento profissional.

Diversos estudos apontam que o SUS não tem atendido às necessidades de saúde das famílias rurais^{7,9,16,22}, compreendendo o conjunto dos seus membros como trabalhadores e trabalhadoras, crianças, adolescentes, adultos, jovens e idosos. A dificuldade de acesso aos serviços, em especial, ao profissional médico, só tem sido garantido mediante reivindicações e pressões das PCFA sobre os governos, apesar da proporção de domicílios cadastrados em UBS na área rural (70,9%) ser maior que na área urbana (50,6%)¹⁵.

O acesso de primeiro contato ainda é o atributo mais frágil da APS no Brasil, seja em cenários urbanos ou rurais, mesmo após a implantação do Programa Mais Médicos²⁹⁻³⁴. O acesso à saúde rural passa por um grande desafio que é a superação das distâncias para garantir atenção à saúde, que coloca em cena outro componente que é a atenção domiciliar. As equipes de saúde da família rurais necessitam realizar atendimentos domiciliares para reduzir ou

transpor as barreiras de acesso dos usuários à UBS. Caso contrário, as famílias ficam sem acesso ao serviço de saúde.

A transição demográfica e epidemiológica³⁵ atinge também os cenários rurais, com aumento do número de usuários com neoplasias³⁶ e percentual da população com limitações físicas para acessar a UBS, ao mesmo tempo que se constata a ausência de perspectiva de cuidadores domiciliares. As longas distâncias, se não forem percorridas pelos profissionais de saúde, no intuito de executar ações de prevenção primária, secundária ou terciária, serão percorridas no sentido inverso, em tempo inadequado, pela comunidade quando precisarem de atenção à saúde. Além do sofrimento inerente ao processo de adoecimento, as PCFA terão que enfrentar a dificuldade de transportar pacientes graves e crônicos com os meios de locomoção que possuem: moto, transporte escolar, carroça e barco.

O pouco acesso aos planos privados de saúde relacionado com as restrições orçamentárias dessa população¹⁴, associado a maior vulnerabilidade das PCFA no que se refere à concessão de benefícios trabalhistas³⁵, reforçam a importância do SUS para essas populações.

A Telessaúde, se utilizada em larga escala, pode reduzir o encaminhamento de pacientes aos grandes centros e melhorar o acesso da população a cuidados especializados, reduzindo custos em saúde³⁷. No Brasil, pesquisas que avaliam o impacto da Telessaúde das áreas rurais e remotas ainda são incipientes³⁷⁻⁴⁰. As dificuldades de funcionamento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) associadas à localização geográfica, tais como descargas elétricas regulares, falta de uso devido à ausência de energia elétrica ou pela ausência de profissionais, precisam ser mais bem avaliadas, para que o investimento na proposta não seja em vão³⁸. O diagnóstico prévio sobre a infraestrutura apropriada para as TIC, a compatibilização dos locais que recebem

essa tecnologia³⁸, além do envolvimento e da capacitação dos profissionais para lidar com elas^{39,40} são imprescindíveis para adaptação do local e/ou da tecnologia ao cenário das PCFA, de modo a não investir em uma estratégia que não poderá ser executada, como mostram os estudos nacionais.

São necessários mais estudos que identifiquem os diferenciais de acesso à saúde nas áreas urbanas e rurais, e assim determinar as reais necessidades das PCFA, estabelecendo novas prioridades ou trazendo à tona elementos que induzam a reestruturação das políticas já adotadas.

Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o acesso à saúde da PCFA

No cenário atual, há uma longa distância a ser percorrida para a garantia do direito à saúde das PCFA no SUS. A PNAB 2017⁴¹ tem sido amplamente discutida por pesquisadores, estudiosos de políticas públicas e militantes do SUS em diversos aspectos, podendo-se citar a flexibilização na reorientação do modelo de atenção centrado na ESF⁴².

Os movimentos populares e comunidades camponesas, pescadoras, extrativistas afirmam que a ESF não foi implantada adequadamente e suficientemente para atender às necessidades de saúde da PCFA⁴³. Há perspectivas de não universalização dos serviços de APS, em especial, da ESF no Brasil, que agravam o risco de desassistência de parte significativa da população, e de perda na qualidade dos serviços relacionados com: a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho dos agentes comunitários de saúde e de agente de combate a endemias⁴².

É fundamental citar os fatores que requeiram ações intersetoriais, que estão relacionados com a determinação social da saúde das

PCFA⁴³. O acesso e a acessibilidade da PCFA às equipes da ESF extrapolam a existência de UBS/ESF no território, estão vinculados às condicionalidades, tais como^{8,43}: a distância das localidades rurais à UBS; as más condições das estradas de acesso no meio rural, muitas sem pavimentação; a presença de barreiras geográfica; a escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde às localidades rurais; a falta de transporte público para a PCFA, que tem de percorrer grandes distâncias a pé; a falta de acesso a meios de comunicação; a falta de ponto de apoio adequado para o atendimento em saúde dos usuários em suas localidades; a recepção desqualificada, com falta de acolhimento ao usuário nas UBS; e a interrupção frequente do cuidado longitudinal, por alta rotatividade de profissionais da saúde, em especial, o médico.

A PNAB^{41,42} reconhece a necessidade de arranjos organizacionais e de financiamento diferenciado para grupos populacionais como as equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira, todavia a proposta não eliminou as barreiras de acesso à APS, pois considerou adequada a execução das ações de APS com intervalo de até 60 dias para o cuidado das comunidades distantes. Em outras palavras, é aceitável que a PCFA tenha acesso à equipe de saúde da família a cada dois meses. Apesar de reconhecer a necessidade de financiamento das equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, considera-se o transporte para acessar as comunidades sob responsabilidade sanitária das equipes, como opcional na legislação de financiamento. Ou seja, não há o discernimento por parte dos gestores do SUS sobre a importância dos meios de transporte, e dos profissionais que manejam esses veículos, para que uma equipe de saúde rural possa executar suas atividades de modo integral.

Um aspecto a ser mencionado diz respeito à utilização de ‘pontos de apoio’, improvisados, que não constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A

ausência desses espaços de cuidado no registro do CNES promove a invisibilização da demanda das PCFA e possibilita que as equipes permaneçam sem a estruturação física e o financiamento adequado das ações de saúde, prestando uma atenção, muitas vezes, de baixa qualidade.

Em síntese, a PNAB 2017 flexibiliza a indução da ESF, sustentada pelo argumento de atender às especificidades locais, ampliando as possibilidades de escolha dos gestores municipais. Isso poderia ser um processo de descentralização mais efetivo, que seria viável com a implementação de transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular, o que não se tem observado⁴².

Considerações finais

Segundo Starfield⁴⁴, todo sistema de serviços de saúde tem como meta principal minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, para equalizar os grupos que estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde. A autora destaca que é irracional a existência de recursos humanos e infraestrutura se as pessoas que deles necessitem não puderem utilizá-los.

As PCFA sofrem com a acessibilidade aos serviços de saúde em relação ao tempo (horário de disponibilidade), à acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e à acessibilidade psicossocial (barreiras de linguagem ou culturais à comunicação). Essas populações reivindicam um modelo de atenção que atenda a suas necessidades de saúde, que priorize a saúde relacionada com o seu modo de viver e produzir, dialogando com os seus saberes e práticas tradicionais.

Para enfrentamento desses entraves, é urgente o debate com os gestores públicos sobre estratégias de gestão da clínica para qualificar o acesso das PCFA aos serviços da APS com foco na ESF. Para tanto, é necessário criar

mecanismo de garantia do acesso das PCFA em tempo oportuno para responder às necessidades de saúde, com a clareza de que a territorialização das equipes de saúde da família rural precisa incluir na sua logística os agrupamentos populacionais esparsos, as distâncias reais percorridas e o acesso aos outros serviços de saúde da rede assistencial.

O financiamento é outro ponto nodal, pois o repasse de recursos deveria ser diferenciado pelo porte do município, ou maior percentual de população em condições de vulnerabilidades e menores densidades demográficas (maiores distâncias a serem percorridas pelas equipes, por exemplo, que requer maior apoio logístico para transporte).

O financiamento das equipes de áreas rurais e remotas deve considerar e custear a aquisição e manutenção de frota veicular para as equipes de saúde da família, incorporando o condutor de veículos aquáticos e terrestres nas equipes mínimas de saúde da família de áreas rurais e remotas.

O isolamento geográfico e profissional deve considerar a implementação de uma rede interligada de comunicação entre UBS e outros níveis de atenção, que analise as peculiaridades da infraestrutura tecnológica dos locais, os quais nem sempre possuem acesso à internet ou rede de telefonia celular.

As áreas rurais e remotas são áreas de difícil provimento de profissionais de saúde. O aumento do número de profissionais nessas áreas está relacionado com a existência de políticas públicas que alcancem além do provimento emergencial. É preciso investir em um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos profissionais atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais.

A PNAB 2017 desconsidera as especificidades de comunidades tradicionais como quilombolas, marisqueiras etc., e não rompe com a lógica dos cuidados inversos na saúde,

em que os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos beneficiados por eles. É preciso repensar a carteira de serviços da APS para as PCFA, considerando as barreiras de acesso da equipe aos territórios e da população à UBS.

Há necessidade de ampliação das equipes ribeirinhas fluviais, das equipes de saúde bucal, de organizar a rede de atenção promovendo interação da APS com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (Ceres) e os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); a gestão do trabalho em saúde e organização das UBS no campo, na floresta e nas águas não pode ser implantada na lógica urbana, em termos de horário de funcionamento e do tipo de serviços que oferta.

Há de se reconhecer que as novas relações de trabalho e as transformações ambientais têm gerado novas necessidades de saúde e demandado novas práticas sanitárias na APS. Os problemas são complexos e envolvem, além dos riscos sociais e biológicos, os riscos químicos, como a exposição múltipla aos agrotóxicos, ao mercúrio, por exemplo.

Em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental, como áreas de agronegócio, de grandes empreendimentos, com intenso fluxo migratório e intensa transformações advindas do modelo de produção, que ocasiona aumento da prostituição, do uso de drogas, violência, esgarçamento do tecido social, a ESF/SUS precisa atuar considerando o dinamismo do território, tais como: processos de desterritorialização e reterritorialização. Isso requer habilidades de fortalecimento da luta social local por saúde, constituindo relações sociais que evidenciem as relações de poder em permanente tensão e disputa no território das PCFA em um processo de correponsabilização com sujeitos que conformam as novas territorialidades.

Essa efervescência de transformações também se relaciona com toda mudança advinda com a internet, gerando necessidades de planejamentos participativos críticos, considerando essas diversas dimensões que geram

necessidades de novas práticas, valores e de novos saberes para aqueles que compartilham o modelo de atenção ESF no território.

A pesquisa em saúde rural ajuda a entender a saúde no contexto rural e tem ganhado cada vez mais espaço e consistência, em um percurso no qual se apresenta como instrumento de justiça social, executada por meio de métodos de diálogos de saberes, que buscam promover o empoderamento e a emancipação dos sujeitos, mas ainda com muitas questões de investigação.

Trata-se de uma ESF que seja estruturada conforme os preceitos de um novo modelo de atenção. Uma proposta nova e diferenciada que rompa com a lógica curativista e que considere as especificidades da influência da determinação social da saúde, inclusive na organização do processo de trabalho. Além desses aspectos, há ações diretas e específicas que precisam ser estimuladas, como: estratégias individuais e coletivas que estimulem a alimentação adequada e saudável, com ênfase na produção orgânica e na agricultura familiar e ampliação das práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics).

Os desafios para a consolidação da APS nos cenários rurais e remotos para os próximos anos são diversos e complexos, mas não são desconhecidos, possibilitando o planejamento estratégico do Estado brasileiro para mitigar as adversidades e construir intervenções solidárias e promotoras de saúde e qualidade de vida das PCFA.

Colaboradores

Pessoa VM, Almeida MM e Carneiro FF contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados; contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e para a revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
2. Porto MFS. O trágico Pacote do Veneno: lições para a sociedade e a Saúde Coletiva. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2018; 34(7) [acesso 2018 ago 9]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110118>.
3. Moreira JC, Peres F, Simões AC, et al. Contaminação de águas superficiais e de chuva por agrotóxicos em uma região do estado do Mato Grosso. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 9]; 17(6):557-1568. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600019>.
4. Rigotto RM, Carneiro FF, Marinho AMCP, et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(6):1533-1542.
5. Declaração de Adelaide. In: Conferência Internacional de Promoção de Saúde., 2, Adelaide. Austrália. 1998 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf.
6. World Health Organization. The Delhi Declaration: Alma Ata revisited. In: 15 Conferência Mundial de Saúde Rural [internet]. Delhi; 2018. c. [acesso em 2018 out 17]. Disponível: http://www.who.int/hrh/news/2018/delhi_declaration/en/.
7. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro F. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(8):2253-2262.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
9. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília, DF: Unb, 2017. 1 v.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação [internet]. 2017. [acesso 2018 ago 9]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.
11. Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD regional typology [internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf.
12. Ratcliffe M, Burd C, Holder K, et al. Defining Rural at the U.S. Census Bureau. *US Census* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 1]. Disponível em: https://www2.census.gov/geo/pdfs/reference/ua/Defining_Rural.pdf.
13. Bourke L, Humphreys JS, Wakeman J, et al. Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Heal Place* [internet]. 2012; 18(3):496-503.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [internet]. 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. [acesso em 2018 out 12]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.
15. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(2): 327-338.
16. Silva, JFS. Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde. [tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2017. 208 p.
17. Comissão Pastoral da Terra. Conflitos no Campo

- Brasil 2017 [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 26]. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/publicacoes-2/destaque/4371-conflitos-no-campo-brasil-2017>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [acesso em 2018 jun 10]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>.
 19. Sakamoto C, Maia AG. Os impactos das mudanças na estrutura das famílias sobre a distribuição de renda: uma comparação entre áreas urbanas e rurais no Brasil. In: Anais do 51º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2013. Belém. [acesso em 2018 jun 10]. Disponível em: <http://icongresso.itarget.com.br/useradm/anais/?clt=ser.3>.
 20. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Geneva: ILO; 2015.
 21. World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2010.
 22. Lima MC, Cuadrado M, Horta TCG, et al. Manifesto de Natal: por uma política afirmativa no recrutamento, formação provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto. RBMFC. 2016; 11:1-5.
 23. Phillips J, Hustedde C, Bjorkman S, et al. Rural Women Family Physicians: Strategies for Successful Work-Life Balance. Ann FamMed 2016; 14:244-51.
 24. Targa LV, Silva AL, Silva DHS, et al. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. RBMFC. 2014; 9:2013-5.
 25. Strasser R, Couper I, Wynn-Jones J, et al. Reid S. Education for rural practice in rural practice. Educ Prim Care 2016; 27:10-4.
 26. World Health Organization. WHA66.23 Agenda 17.3 - Transforming health workforce education. 2013. [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/150174>.
 27. World Health Organization, organizador. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. 2010 [acesso em 17 out. 2018]. Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf.
 28. Van Stralen ACS, Massote AW, Carvalho CL, et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. Physis. 2017; 27:147-72.
 29. Harzheim E. Avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde: mensuração dos atributos. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. 2016.
 30. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, et al. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. Esc Anna Nery – Rev Enferm [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 2]; 20(2):275-80. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160037>.
 31. Silva KF. PCATool Brasil versão profissionais: avaliação do atributo acesso do primeiro contato na atenção primária à saúde em município do interior do Rio Grande do Sul [dissertação]. [internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2017 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11940/DIS_PPGENFERMAGEM_2017_SILVA_KAUANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 32. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev. bras. med. fam. e Comunidade [internet]. 2013 [acesso em 2018 set 20]; 8(29):285-93. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/832>.
 33. Dotto JM, Ávila GAC, Martins AB, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à

- saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. *RFO*. 2016; 21(1):23-30.
34. Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. [internet]. Brasília, DF; 2018 [acesso em 2018 fev 8]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34573/OPASBRA18004-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 35. Camarano AA. Brazilian population aging: differences in well-being by rural and urban areas. Brasília, DF: IPEA; 2002.
 36. Silva SD. (In)visibilização das causas de câncer na zona rural do município de limoeiro do norte-ce: a vulnerabilização das comunidades rurais e os riscos dos usos dos agrotóxicos. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2017. 186 p.
 37. Marino BCA, Ribeiro ALP, Alkmim MB, et al. Coordinated regional care of myocardial infarction in a rural area in Brazil: Minas Telecardio Project 2. *Eur Hear J - Qual Care Clin Outcomes*. 2016; 2(3):215-24.
 38. Taveira ZZ. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena [dissertação]. Universidade de Brasília, DF; 2012.
 39. Alkmim MBM. Fatores associados à utilização de sistema de teleconsultoria na atenção primária de municípios remotos de Minas Gerais. Belo Horizonte. [dissertação]. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
 40. Almeida MM, Albuquerque CA, Veras R, et al. O uso de tecnologias da informação e comunicação em áreas rurais é suficiente para a educação continuada? *J Bras Telessaúde*. 2014; 3(1):211-9.
 41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017 [internet]. [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
 42. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017; 33(1):1-4. [acesso em 2018 out 17]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&tlng=pt.
 43. Pessoa VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento à regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; Universidade Estadual do Ceará; 2015. 309 p.
 44. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 2011 mar 20]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609.

Recebido em 11/06/ 2018
Aprovado em 03/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora

Primary care at the crossroads: deploy its transforming potential or be instrumented in a new privatization offensive

Mario Rovere¹

DOI: 10.1590/0103-11042018S121

RESUMEN Luego de cuarenta años de instalada en el firmamento sanitario, la Atención Primaria de la Salud (APS) se encuentra como nunca antes frente a la posibilidad de ser re-escrita. No se trata de esos intentos de reafirmación o ampliación que se vivieron a los 25 (Organización Panamericana de la Salud – OPS) o a los 30 años (Organización Mundial de la Salud – OMS); se trata de un intento de reeditar los gestos y los símbolos de la histórica reunión que ocurriera en Alma Ata. El contexto internacional es diferente al de 1978, por lo que existen fundados temores que la nueva declaración constituya un retroceso respecto a la Declaración original. Al menos el primer borrador que la OMS puso a circular refuerza esa preocupación al subsumir la APS a la controversial iniciativa de la OMS y del Banco Mundial: cobertura universal en Salud. Como antes y como siempre el resultado final dependerá más bien de la forma como las comunidades y los trabajadores de salud reinterpreten la propuesta en cada lugar concreto.

PALABRAS-CLAVE Políticas públicas de salud. Defensa de la salud. Atención Primaria de Salud. Salud global.

ABSTRACT *After 40 years of settlement in the sanitary firmament the Primary Health Care (PHC) faces, as never before, the possibility to be re written. It isn't the same context when PHC was reaffirmed as in the 25th anniversary (Pan American Health Organization – Paho) or widen as in its 30th anniversary (World Health Organization – WHO); instead of it, we see an intent to re-edit the gestures and the symbols of those historical meeting of Alma Ata in 1978, but this time, it will take place in the city of Astana. The international context couldn't be more different from those in 1978. That's why it exists funded fears that the new statement will become a backward from the strength of the original statement. Unless this is what we can presume after reading the first paper of WHO for this meeting where it tries to subsume PHC to Universal Health Coverage, a controversial initiative of WHO and the World Bank. As it was and it always be, the final outcome, in fact, will depend of the way the communities and the health workers translate the proposal to every concrete practice scenario.*

KEYWORDS *Public health policy. Health advocacy. Primary Health Care. Global health.*

¹Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Maestría en Salud Pública – Rosario, Argentina.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120>
roveremario@gmail.com



Para quien vivencia la atención primaria y se impregna de ella, deja de ser la intelección de un concepto y pasa a ser un sentimiento.
(J. Monsalvo)

Introducción

Resulta bastante complejo asumir el desafío de escribir algo original o que pueda, en algún sentido, aportar a la enorme cantidad de publicaciones que el campo de la atención primaria ha generado en sus 40 años de existencia formal.

Al mismo tiempo resultaría literalmente imposible intentarlo y comenzar cualquier análisis crítico, que sea al mismo tiempo propositivo sobre la Atención Primaria de la Salud (APS), sin explicitar una fuerte valoración a los cientos de miles de trabajadores comunitarios, administrativos, auxiliares, técnicos y profesionales que en todo el mundo se han apropiado de este nombre, lo han resignificado, adecuándolo a cada realidad concreta, y que orienta su quehacer cotidiano en el sentido del derecho a la salud de las poblaciones más postergadas.

En contraste con esta evidencia se podrá igualmente argumentar que siempre esta tarea resulta y resultará insuficiente porque la máquina de producir inequidades en el mundo y en cada una de nuestras sociedades no deja ni dejará de concentrar la riqueza y con ello no (dejará) de generar su cuota creciente de exclusión y de violencia.

Quizás un punto intermedio de reflexión, alejado del idealismo pero también del puro determinismo, sea preguntarnos: ¿qué situación enfrentarían hoy los sectores populares en el mundo, sin esta mezcla de permanente construcción, de conquista con avances y retrocesos y de intentos periódicos de remodelación parcial de los sistemas de salud al que por 40 años hemos denominado APS?

A pesar de las críticas, de las insuficiencias,

de los embates, de las simplificaciones, o de las reducciones, la APS se instaló en las prácticas, en los discursos y en los idearios del sector salud a nivel global, pero paradójicamente apelando casi como identidad y como motor a la fuerza de lo local.

Varias décadas después algunos operadores de la salud mundial buscan de algún modo, canibalizarla, domesticarla y refuncionalizarla de acuerdo a sus propios propósitos. De esta manera que lo que en su momento se pensó como el motor para la construcción de sistemas nacionales de salud equitativos y como un dispositivo diseñado y dirigido para el derecho a la salud, pase ahora a convertirse en la punta de lanza para la última travesura del complejo médico industrial y del neoliberalismo en salud: la engañosamente denominada Cobertura Universal en Salud o CUS.

No se trata de especulaciones: el borrador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se busca consensuar en Astana, Kazajstan, en octubre del 2018, para actualizar la APS del Siglo XXI es taxativo al respecto:

[...] lanzamos un movimiento global en post de la cobertura universal de salud [...], asegurando que la Atención Primaria de Salud se encuentre en el centro de este movimiento¹⁰.

Contextualizando el surgimiento de la APS

Las condiciones materiales, económicas, políticas y sociales resultan fundamentales a la hora de constituir expectativas. No se trata de una abstracción, el informe del World Inequality Lab² (WIL) es contundente mostrando hasta qué punto la declaración de Alma Ata se escribió en un momento único de la historia reciente: un momento de mejora relativa de los términos de intercambio entre los países impulsada por la

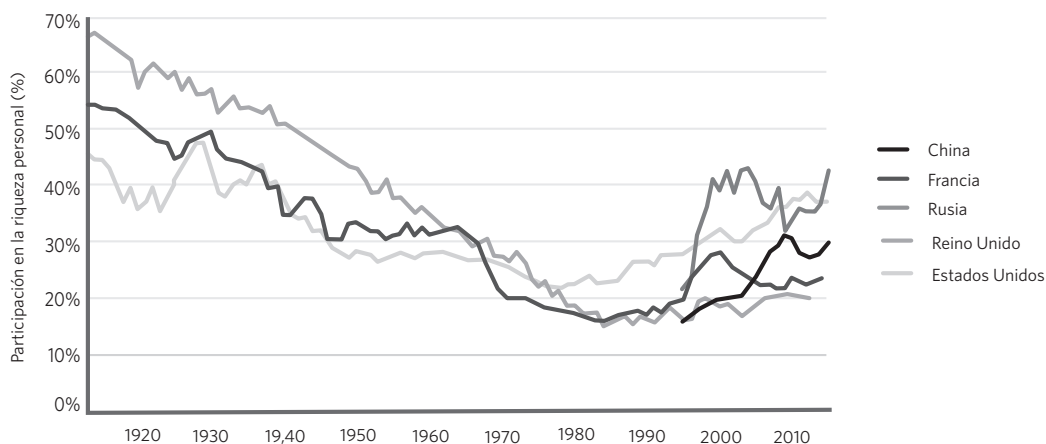
experiencia del club de países exportadores de petróleo que abrigaba la esperanza de un Nuevo Orden Económico Internacional más justo, e incluso una mejora en la redistribución del ingreso al interior de los países más desarrollados que en un ciclo largo, de más de un siglo, muestra a la década del 1975-1985 como la más equitativa en distribución del ingreso (1913-2015).

Es que la bipolaridad no era solo un tema de política internacional, también al interior de los propios países alimentaba una razonable

expectativa de sostener un equilibrio o hasta un pacto de clases, base de los sistemas de Estado de Bienestar en regímenes políticos que se balanceaban entre el capitalismo y el socialismo.

En el esquema siguiente del WIL puede observarse como fue cayendo la participación del 1% mas rico de la población en el total de la riqueza en tres de los países con los mayores PBI del planeta y como recuperan una curva ascendente a partir de 1990 (año de la caída de la URSS) acompañados desde entonces también por Rusia y China.

Gráfico 1. Participación del 1% de mayor riqueza alrededor del mundo, 2013-2015: la caída y el incremento de la desigualdad de riqueza personal



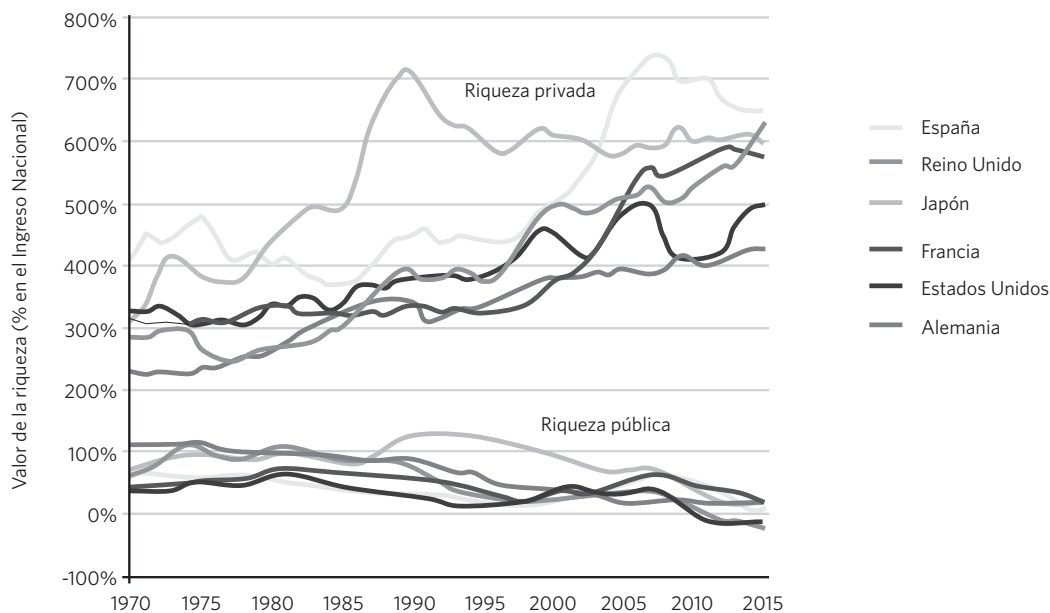
Fuente: World Inequality Report².

Nota: En 2015, la participación del 1% de mayor riqueza era de 43% en Rusia, comparado con 22% en 1995.

Por otro lado, al medir la participación del sector público en el total de la economía en seis países centrales desde 1970 en adelante, el Laboratorio Mundial de la Equidad

muestra que esta también fue récord en esa década, pero que no ha dejado de retroceder sistemáticamente en favor del sector privado desde entonces.

Gráfico 2. El incremento de la riqueza privada y el descenso de la riqueza pública en países ricos, 1970-2016

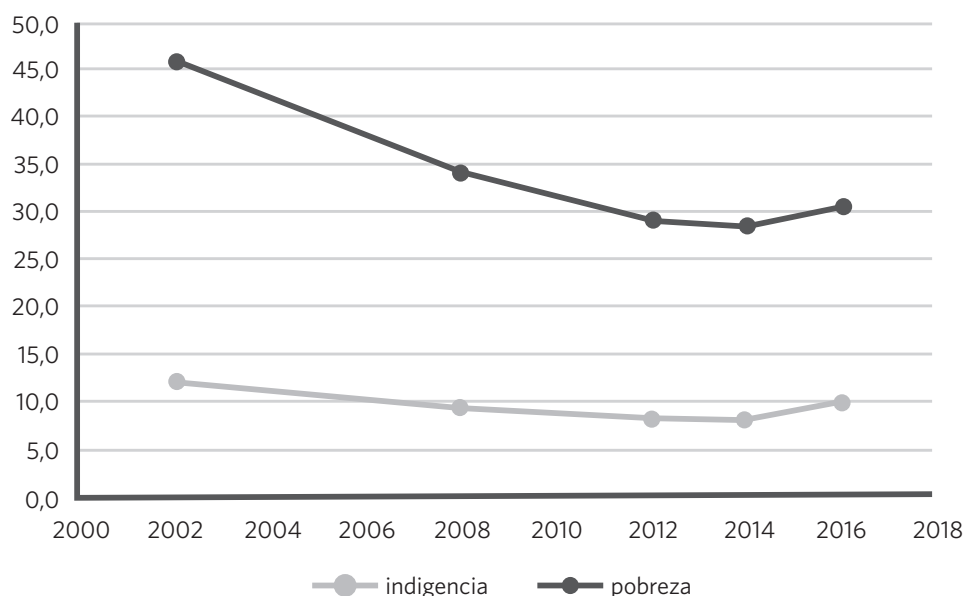


Mientras tanto la desigualdad era y continúa siendo el rasgo distintivo de América Latina.

La declaración de Alma Ata sorprende a la Región en medio de una ‘epidemia’ de dictaduras con políticas económicas que generan un brutal incremento de la pobreza que llega al final de la década de los 80 a un escalofriante 48,2 % de la población, una situación que comienza a revertirse a comienzos del milenio alcanzando, luego del auge de gobiernos desalineados del Consenso de

Washington, el punto más favorable en el 2014 con un valor que lo reduce al 28,0 % para toda la región. La curva descendente de más de una década se vuelve a revertir en los años más recientes con los dramáticos cambios políticos que han vuelto a promover la concentración del ingreso que se posiciona ahora (2016) en un ascendente valor de 30,7 %, lo que puede verse expresado en el siguiente gráfico construido sobre bases estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) 2017³.

Gráfico 3. Proporción de la población de América Latina en indigencia y en pobreza



Pero el análisis de la realidad no será lo que amedrente el idealismo estructural de los Organismos Internacionales que se aprestan a aprobar 40 años después, en condiciones por demás desfavorables, un nuevo documento bajo la forma de un borrador de trabajo colgado en el portal de la OMS¹⁽¹⁻²⁾, reafirmando una expectativa de Salud para Todos; y en donde no resulta sencillo sostener lo que en sus propias palabras se afirma: “expresamos nuestra intención de ser la generación que logre la salud para todos [...]” mientras se acelera el camino a la concentración de los ingresos entre y dentro de nuestros países. Tal vez previendo esa objeción el documento define que “los países que implementan exitosamente una APS de calidad obtienen beneficios de salud superiores a lo esperable para su nivel de desarrollo”. ¿Será así?

La APS antes de la APS

En otros trabajos⁴ hemos explorado cómo las prácticas y la mayoría de los dispositivos de la APS ya estaban disponibles y presentes

antes de 1978 y como en buena medida el constructo APS incentivó, amplió, articuló esas experiencias generando un concepto polisémico que logró entamar un conjunto disperso de dispositivos, de escenarios, de modelos de atención e incluso de estrategias populares de supervivencia.

La APS va a reabsorber diversas experiencias, entre otras las de: i. agentes comunitarios de salud, algunos tributarios de las viejas luchas contra los vectores como el caso de la Medicina simplificada de Venezuela, de ii. los centros materno infantiles desplegados en las zonas desfavorecidas de las grandes ciudades, de iii. la fuerte tradición de Gran Bretaña y los países del Commonwealth de los General Practitioners que podríamos denominar la atención ‘médica’ primaria y de iv. las experiencias más autogestionarias de poblaciones organizadas dando respuesta a sus problemas más básicos de salud.

Poniendo el centro de gravedad en las formas históricas; el capitalismo, el imperialismo, el neocolonialismo y, más recientemente, el capitalismo globalizado todas a su manera producen muertes y enfermedades

evitables (aunque también hayan invertido e inviertan ingentes recursos en descubrir tecnologías para remediarlo o cronificarlo claro, cobrando por ello).

Por su parte la medicina social trató con cierto desdén esta estrategia a pesar que, por su ubicación geográfica y geopolítica la reunión de Alma Ata constituyó todo un desafío en esa peculiar etapa de la guerra fría (la derecha la atacó por ser de izquierda pero la izquierda no se la apropió por ser social-demócrata y/o tercermundista).

La ambivalencia de un constructo que al mismo tiempo es su fortaleza

Múltiples esfuerzos se han realizado para atrapar el concepto de APS en dimensiones muy disímiles entre sí. ¿Se trata de un paquete de prestaciones de alta relación costo-efectividad que puede mejorar los indicadores de salud aún en ausencia de mejoras sustanciales en las condiciones de vida?, ¿se trata de una puerta de entrada y/o un nivel de atención desconcentrado con cierta capacidad resolutoria que le simplifica el acceso a las personas a los servicios de salud?, ¿se trata de una estrategia o aun de una agenda de reforma de los sistemas de salud?, ¿se trata de un objeto unificador de la agenda de cooperación técnico-financiera de los organismos bi y multilaterales para lograr el desarrollo sanitario de los países más desfavorecidos?. Y quizás la respuesta más sorprendente sea ‘todas las anteriores son correctas’ lo que nos impulsa a una pregunta que queda sin respuesta y que constituye un rompecabezas para quienes están pensando una segunda declaración de APS 40 años después: ¿Cómo se las arregló un concepto tan polisémico, para expresar tantas cosas al mismo tiempo y lograr que tantas personas la defiendan y la transformen en su propia causa, en su propia bandera?

Alma Ata Un elefante en el bazar de la asistencia técnica tradicional

La sola exigencia de dar cumplimiento al mandato de concretar el derecho a la salud a amplias capas de la población mundial hasta entonces sin acceso ni cobertura de servicios bajo una perspectiva de derechos, implícito en la meta lanzada un año antes (1977) de ‘Salud para Todos en el año 2000’ resulta un constructo de una transversalidad y de una amplitud pocas veces vista ya que claramente no resulta ni resultaba sencillo establecer simples ecuaciones de intervención costo-beneficio que dominaban entonces y dominan hoy aún más la escena internacional.

Una serie de rasgos y elementos constitutivos de la salud internacional contribuyen a caracterizar la declaración de Alma Ata y a la misma APS como un dispositivo contracultural en este selecto mundo diplomático.

La Salud Internacional fue matizada por más de un siglo a partir de la medicina y de la higiene colonial, perfeccionada por los dispositivos neocoloniales de la Fundación Rockefeller que ejerció y aun ejerce enorme influencia en los Organismos Internacionales.

Según Birn⁵ los rasgos básicos de la construcción de un tema de agenda de la asistencia técnica en el campo de la ‘Ayuda Internacional’ para la Fundación Rockefeller eran:

1. Agenda fijada desde el exterior. Los intereses del prestador y no las necesidades locales determinan la cooperación.
2. Incentivos en presupuesto externo aunque la cooperación requiera un financiamiento sustancial de parte de los propios países receptores.
3. Paradigma tecno-biológico. Elección de enfermedades de alta visibilidad y uso de herramientas técnicas estandarizadas, sin importar la locación.

4. Parámetros apriorísticos que garantizan el éxito de la cooperación: objetivos delimitados en el tiempo y en el espacio (definidos por logros positivos más que por necesidad). Campañas de mediana y gran escala.

5. Profesionales transnacionales, instrumentales y mediadores para construir consenso sobre las agendas y traducir los intereses internacionales a escenarios locales.

La APS no cumplió casi ninguna de estas premisas invitó a definir las agendas en los espacios nacionales y aun en los subnacionales y locales, no se sustentó en créditos ni requirió costosas y condicionantes cooperaciones, no se concentró en daños o enfermedades sino en poblaciones en riesgo social, (hoy re-nominadas como ‘ubattendidas’), no definió plazos ni fechas límites, excepto la meta marco de Salud para Todos en el año 2000, ni requirió importante presencia de expertos internacionales que por cierto no abundan cuando se trata de aportar a una agenda transversal.

40 años en los que pasó de todo

Es imposible colocar en pocas palabras los dramáticos cambios que fueron modificando la percepción y las condiciones materiales para esa indirecta advocación al derecho a la salud que fue Salud para Todos, pero algunos datos permiten estructurar una cierta periodización.

Entre 1978 y 1988 podemos hablar de una ‘década de expansión’ -aunque ya en 1981 se verifica el comienzo de la revolución conservadora de la dupla Reagan Thatcher instalando dramáticos retrocesos que lograrán que se califique por primera vez a una década como una ‘década perdida’. Entre 1989 y el 2000 podemos identificar un giro hacia la descentralización (District health o Sistemas Locales de Salud -Silos) que constituyó toda una agenda de resistencia y

conservación de logros frente a la segunda ‘década perdida’. Es que con la caída del muro de Berlín y el fin de la bipolaridad se asiste a un período de intensa internacionalización del capitalismo con ataques selectivos sobre los Estado Nación (visualizados como potenciales enemigos del libre comercio internacional); Estados nacionales que en muchos países constituían el sujeto principal, no solo de las políticas públicas, sino de la propia gestión de los sistemas nacionales de salud.

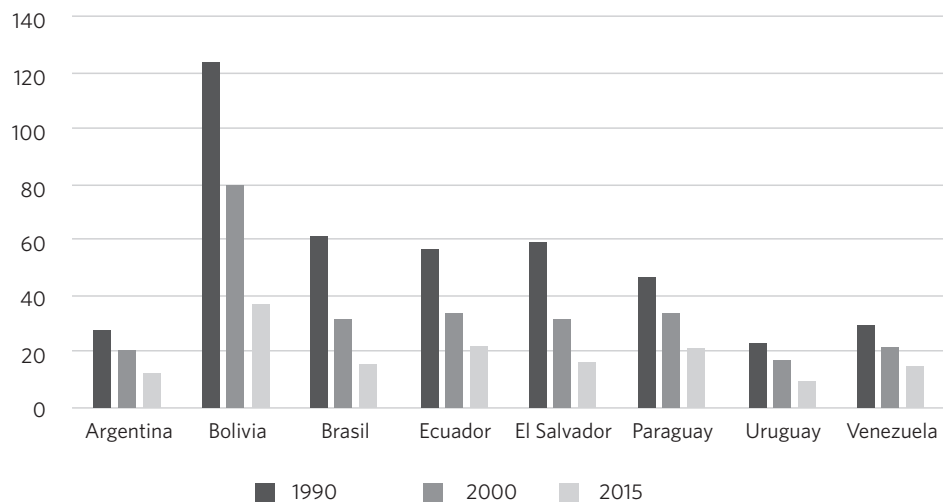
La fuerte irrupción del Banco Mundial al campo de salud ya no solo como financiador, sino como agente promotor de ‘reformas’ con su influyente documento ‘invertir en Salud’ Washington 1993 intentó borrar todo rastro de la declaración de Alma Ata instalando por primera vez lo que será desde entonces su eje conceptual: el ‘subsidio a la demanda’ que ha destruido y continúa destruyendo los sistemas de salud de numerosos países del mundo, teniendo en nuestra región a Colombia y Chile como sus principales laboratorios de aplicación.

Desde comienzos del siglo XXI, de la mano de estrepitosos fracasos de las políticas neoliberales impulsadas por el consenso de Washington, un grupo de países de América Latina: Venezuela, Brasil, Uruguay, Argentina, Bolivia, Ecuador, Paraguay, El Salvador, Nicaragua deciden desalinearse de ese Consenso e instalar políticas económicas y sociales orientadas hacia una fuerte redistribución del ingreso, lo que en el orden mediático de los países centrales se descalifica con el término ‘países con gobiernos populistas’.

Consistente con una lógica de determinación social se produce un descenso para la región del 48 % al 28 % en la proporción de pobres que necesariamente tenía que tener un impacto en la salud de la población propuesta.

En una publicación de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)⁶ pueden verse las modificaciones en la mortalidad de menores de 5 años en los países que desafiaron el modelo del Consenso de Washington y el impacto de las políticas económicas y sociales redistributivas.

Gráfico 4. Reducción de Mortalidad de Menores de 5 años en países seleccionados



1978 frente al 2018: un puñado de similitudes, un océano de diferencias

Por lo que hemos descripto sumariamente, las condiciones para una declaración no podrían ser más diferentes. El mundo de 1978 se caracterizaba por una marcada bipolaridad que generaba un espacio tanto para la social democracia europea como para un tercer mundo con un fuerte bloque de no alineados, fortalecido por un cierto éxito de la constitución de clubes de exportadores de materias primas que, imitando a la Opep (Organización de Países Exportadores de Petróleo), abría la expectativa de un Nuevo Orden Internacional, una formulación expresamente mencionada en la Declaración de Alma Ata.

Del mismo modo, las conversaciones del denominado Salt II generaban la posibilidad de interrumpir la Carrera armamentista y derivar una parte de esos recursos económicos liberados al desarrollo social y a la salud.

Estados Unidos durante el gobierno de Jimmy Carter había abrazado la causa internacional de los derechos humanos,

importante cambio que desubicó a las dictaduras militares del Cono Sur y el representante del Gobierno de ese país, el demócrata Edward Kennedy, contribuyó con su presencia a la visibilidad de la reunión de Alma Ata.

40 años después, el mundo no podría ser más diferente. Un mundo unipolar con un Estados Unidos impredecible y una Europa que se encuentra en pleno desmantelamiento de su Estado de Bienestar y de una privatización progresiva de sus sistemas nacionales de salud, aunque con incipientes reacciones contra la Unión Europea - el principal promotor de las privatizaciones- de parte de los gobiernos de Gran Bretaña (BREXIT), de Italia y de buena parte de la opinión pública de Grecia, España, Bélgica o Portugal.

Por su parte, los Organismos Internacionales de Crédito (WB IMF) y las ONG's y Fundaciones filantrópicas tienen hoy mayor influencia en salud que los mismos organismos multilaterales especializados del sistema de Naciones Unidas. Según sus propios datos para el 2015 apenas un cuarto de los recursos financieros de la OMS provenían de aportes gubernamentales, mientras un 75 % provenían de laboratorios farmacéuticos, otras empresas transnacionales y la filantropía internacional.

La memoria no es tan usual en los Organismos Internacionales

A pesar de parecer que nos encontramos frente al simple recuerdo o a un homenaje a una reunión más, vale la pena precisar que no es habitual que los organismos internacionales recuerden aniversarios. Son infinidad las reuniones y las declaraciones que se generan y que nunca son rememoradas como para preguntarse por qué Alma Ata ha adquirido tal notoriedad (que hace que pueda generar ‘remakes’ a 25 años (la Organización Panamericana de la Salud – OPS), a 30 años (la OMS) y ahora a 40 años (OMS-Unicef).

Quizás porque fue parte de un momento histórico único e irrepetible, Quizás porque la producción de la reunión de Alma Ata fue resistida y atacada desde un primer momento, quizás porque interpela a cientos de miles de trabajadores de salud en todo el mundo, quizás porque pocas veces una iniciativa de la OMS y el Unicef adquirió tanto de esa elusiva materia prima que llaman ‘consenso’. En todo caso, no cabe dudas que no se trata de un homenaje sino de una instrumentación de este cúmulo que hoy se reúne bajo el nombre APS para su aprovechamiento en iniciativas futuras.

Actoría, o cuando los actores reescriben el guion

Durante el siglo XV en (el) que la labor y el prestigio de los autores teatrales y literatos como William Shakespeare era(n) reducido(s) se tenía en cambio en gran estima a las Compañías Teatrales, las cuales interpretaban libremente guiones muy generales haciendo que la ‘actoría’ fuera mas importante que la autoría. Del mismo modo, parece que la vivencia de cientos de miles de trabajadores en el mundo ha reescrito y continúa reescribiendo los guiones

de la atención primaria, en cada momento, en cada contexto, en cada situación concreta. Algunos ejemplos, como la abogacía por el derecho a la Salud desarrollada con sólidas raíces institucionales en El Salvador o en la India, los dispositivos de participación social en la toma de decisiones de la política pública, como en Brasil o en Bolivia, la medicalización de la APS que siguiendo la tradición inglesa de los General Practitioners en el Reino Unido se extiende a países tan diversos como Australia, España o Canadá. El sostenimiento de la Enfermería Comunitaria, la experiencia de trabajadores comunitarios de salud reactualizando las históricas experiencias de los feldsher rusos, las experiencias argelinas o la medicina simplificada venezolana.

El amplio espacio que va de la atención hospitalaria hasta lo que hemos denominado el nivel 0, traducido como el lugar en donde la gente vive estudia trabaja se recrea, se ha poblado de médicos especialistas o generalistas, de enfermeras, de psicólogos, de trabajadores sociales, de odontólogos, de trabajadores comunitarios que aunque en diferentes proporciones y con diferente peso en cada país o región concreta promueven el derecho a la salud junto a las comunidades a las que sirven.

Lo general, lo particular y lo singular

Citando la desafiante frase de Boaventura Santos “Tenemos el derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza, tenemos el derecho a ser diferentes, cuando la igualdad nos descaracteriza [o desnaturaliza]”⁷⁽¹⁾ resulta revelador verificar hasta qué punto la APS, desde sus inicios, pero muy especialmente luego de 1986 en que se repliega hacia formas más descentralizadas (district health o sistemas locales de salud), logra instalar una amplia diversidad de experiencias que resisten las taxonomías o las catalogaciones simplistas. En una época de

crisis de los grandes relatos, intencionalmente o no, al apelar fuertemente a lo local desde fines de los 80s se rescató la singularidad que hizo brotar el derecho a ser diferente por la constelación de rasgos de culturas, de historias, de habitats de los diferentes conjuntos humanos hasta exhibir una variabilidad casi infinita.

En otras palabras, la pretensión de universalidad de la medicina y de la salud pública occidentales chocó con la realidad de múltiples singularidades, no reducibles a paquetes ni a respuestas protocolizadas o estandarizadas, lo que complejizó fuertemente las aspiraciones de una cooperación técnico-financiera internacional en salud.

Por eso, dimensiones como lo intercultural o la significación de lo ambiental, aparecen muy negados en el contexto de esa medicina organicista, dimensiones que reemergen con fuerza en la APS haciendo de cada práctica local una experiencia única.

Lo social como lo que explica, pero además como lo debe ser explicado

La interfase salud sociedad no es una relación subordinada en la que una aparece como la variable dependiente (Salud) y la otra independiente (Sociedad). Lo social está hecho del mundo, de la constelación, de las relaciones interpersonales y los vínculos de atención y de cuidado que están en el centro de las relaciones interpersonales e intergeneracionales y contribuyen centralmente a constituir esa elusiva materia prima que llamamos 'lo social'.

Cuando miembros de una comunidad se capacitan en atención y cuidado de la salud adquieren una cierta autoridad o influencia sobre sus pares que se pone de manifiesto en situaciones de necesidad y constituyen lo que Foucault denominó el 'poder pastoral'. De esta manera la dinámica socio-sanitaria constituye una interacción de doble vía que

permite comprender mejor el marco de la determinación del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado históricamente construido en cada contexto o realidad concreta.

Finalmente aparecieron los cocodrillos

A pesar de la convicción sobre la necesidad de comprender los fenómenos complejos por fuera de las historias personales resulta imposible eludir la mención de la figura de Halfdan Mahler a quien se atribuye el ser el salubrista más influyente del siglo XX. Este médico danés con una larga trayectoria en cooperación internacional fue el tercer Director de la OMS por 15 años en el extenso período que va de 1973 a 1988 y fue la figura visible de la adopción de la meta Salud para Todos en el año 2000 de la convocatoria y presidencia de la Conferencia de Alma Ata y de la Carta de Ottawa.

A partir del año 2000, convencido que la APS había fracasado en lograr la meta Salud para Todos y de la necesidad de involucrar progresivamente a las poblaciones en el logro del derecho a la salud, forma parte del núcleo fundador del Movimiento por la Salud de los Pueblos que constituye su primera Asamblea en Bangladesh.

Los principios que rigen el movimiento resultan por demás elocuentes:

- El logro del más alto nivel de salud y bienestar es un derecho humano fundamental, sin importar el color de la persona, su etnia, religión, género, edad, habilidades, orientación sexual o clase.
- Los principios de una APS universal e incluyente - concebidos en la Declaración de Alma Ata de 1978 - deben ser la base para formular las políticas relacionadas con la salud. Más que nunca se requiere de un enfoque equitativo, participativo e intersectorial.

- Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de garantizar el acceso universal a una atención en salud de buena calidad, a educación y otros servicios sociales de acuerdo a las necesidades de la población, no a su capacidad de pago.
- La participación de la población y de las organizaciones populares es esencial para la formulación, implementación y evaluación de todas las políticas y programas sociales y de salud.
- La salud es determinada primordialmente por el ambiente político, económico, social y físico y debe ser de alta prioridad al elaborarse las políticas locales, nacionales e internacionales, junto con los temas de equidad y desarrollo sostenible.

El intento de absorber lo que hay construido y se ha acumulado tras el concepto de APS por parte de los privatizadores abiertos o encubiertos de la salud quedó metafóricamente expuesto por Halfdan Mahler⁸⁽¹⁾ que como presidente honorario de la conferencia de Buenos Aires, (2007) en su discurso inaugural afirmó que: “estamos hasta el cuello en el fango verbal contra los cocodrilos conceptuales, que nos quieren comer de un solo bocado”. Y señaló:

Mi profunda esperanza es que esta reunión técnica y política nos proporcione municiones para eliminar los cocodrilos conceptuales que rondan el entorno sanitario.

¿Quiénes son o eran para Mahler estos simpáticos, aunque algo agresivos reptiles? Parece que se refiere a:

- El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional promotores de la privatización creciente de los sistemas públicos de salud a través de la separación de los roles prestador y financiador del Estado y la Seguridad Social.
- La Fundación Rockefeller y la propia Unicef desde la reunión de Bellagio, fuertes propiciadores de una APS selectiva.
- Las Fundaciones filantrópicas y las empresas operando por dentro de la misma OMS torciendo la voluntad de los propios países miembros.
- El Complejo Médico Industrial transnacionalizado que ‘ha descubierto’ la APS como una nueva y promisoría fuente de inversiones rentables a partir del incremento de las enfermedades crónicas.

A modo de conclusión

La APS constituye uno de los más notables giros en la cooperación técnica internacional generadora de un amplio espacio de políticas públicas y una amplia gama de experiencias autogestionarias. En todos los casos se trata de una enorme extensión de cobertura por mecanismos más ortodoxos o heterodoxos de concretar esa cobertura y generador de múltiples diversidades e identidades que emergen a cada paso que la APS logra avanzar en el contacto con poblaciones sub-atendidas.

Como todo proceso de gran escala se presta a infinidad de lecturas e interpretaciones que van desde las más benignas adjudicándole resultados palmariamente visibles en reducción de mortalidad y cobertura de enfermedades inmuno prevenibles, muestra resultados mucho menos espectaculares en transformaciones ambientales y sociales y definitivamente ha generado mecanismos de sobre-medicalización y disrupción de las estructuras tradicionales, en algunos casos avasallando culturas y arrinconando y agrediendo a las medicinas tradicionales que desde todo punto de vista constituyen al igual que muchas lenguas y culturas en riesgo de extinción un patrimonio de la humanidad.

Así la APS requiere explicitar adecuadamente las opciones disponibles y las ambigüedades que requieren ser despejadas para reemerger con sus mejores rasgos: comprensiva, participativa, culturalmente respetuosa, intersectorial, y flexible a necesidades cambiantes y abierta a desarrollos tecnológicos pertinentes y socialmente aceptados.

En la encrucijada, se puede elegir el camino de la equidad

La APS del siglo XXI puede y debe reasumir su rol histórico de paciente y firme constructora de las condiciones para el efectivo ejercicio del derecho a la salud basado en sistemas nacionales de salud de acceso, cobertura y capacidad resolutiva universales, basado en el financiamiento de rentas generales con una fina sintonía con las diversas necesidades, culturas y experiencias locales

y una amplia participación social en la planificación y en la evaluación de los servicios para prevenir los clásicos fenómenos de burocratización

Resulta imprescindible neutralizar a quienes quieren subsumirla en las operaciones del Complejo Médico Industrial que con la complicidad de los organismos internacionales de crédito operan escudados en la engañosa formulación de Cobertura Universal de Salud (CUS) que pretende reducir el rol del Estado a un mero 'recaudador y distribuidor de fondos' en última instancia para la expansión de la frontera de financiamiento de un subsector privado concentrado y transnacionalizado, socio estratégico a nivel nacional de ese movimiento.

La constitución de una creciente participación ampliamente informada de la población y de los trabajadores de salud en una alianza sinérgica por el derecho a la salud puede compensar la avanzada de 'los cocodrilos conceptuales' y algunos no tan conceptuales, que pretenden canibalizarla. ■

Referencias

1. World Health Organization. Borrador de Declaración Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible Astaná, Kazajstán 25-26 de octubre de 2018. [acceso en 2018 mayo 20]. Disponible en: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT-Declaration-9-April-2018.pdf>.
2. World Inequality Lab: Informe sobre la desigualdad global 2018. [acceso en 2018 mayo 20]. Disponible en: <http://wir2018.wid.world/files/download/wir2018-summary-spanish.pdf>.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe, 2017 [internet]. [acceso en 2018 ago 29]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/Anuario_2017/index.asp?anuario=2017&idioma=sp.
4. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate Revista Saúde debate. 2012 jul-set.; 36(94):327-342.
5. Birn A. Marriage of Convenience. Nova Iorque: University of Rochester Press; 2006.
6. United Nation Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality report [internet]. 2015. [acceso en 2018 agosto 30]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/childsurvival/files/IGME_Report_Final2.pdf.
7. Santos BS. Los Derechos Humanos y el Foro Social Mundial [internet]. Quito: Institute de Drets Human de Catalunya; 2004. [acceso en 2018 agosto 30]. Disponible en: http://aplicaciones2.colombiaaprende.edu.co/red_privada/sites/default/files/de_los_derechos_humanos_y_foros_social_mundial_-_soussa_santos.pdf.
8. La Nación. Acusaciones sobre Fracasos en Salud [internet]. 2007. [acceso en 2018 agosto 30]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/934361-acusaciones-sobre-fracasos-en-salud>.

Recibido en 18/06/ 2018

Aprobado en 27/08/2018

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios

Ten years of Family Health Support Teams (Nasf): problematizing some challenges

Eduardo Alves Melo¹, Lílian Miranda², Atila Mendes da Silva³, Rosana Mira Nunes Limeira⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S122

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5881-4849>
eduardo.melo@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8238-8111>
lilian.miranda@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6745-868X>
atilams1@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) - Niterói (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4889-0757>
rosanamnlimeira@gmail.com

Introdução

A Atenção Básica (AB) ganhou destaque na década de 90 do século passado, em um processo que passou pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, reordenados com a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1996. Considerada não apenas um novo modo de organização da AB, mas também um mecanismo de reorientação do modelo assistencial¹, a ESF se expandiu no País ao longo das últimas décadas, materializando-se por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (com agregações e ajustes nessa composição ao longo do tempo, como as equipes de saúde bucal).

A ESF passou a ser a principal modalidade de AB induzida (inclusive financeiramente) no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de recursos federais, agregando novas lógicas e mecanismos de funcionamento, a exemplo do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo (per capita) e do PAB Variável (por adesão a estratégias), operados por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A sua implantação se deu de maneira progressiva, com destaque inicial para os municípios menores, mais pobres e da região Nordeste, depois expandindo-se também nas grandes cidades² e constituindo-se em uma das principais evidências do grau de descentralização que o SUS assumiu³. Esse processo, em que pese o êxito da ampliação de cobertura da ESF e seus efeitos no acesso e em indicadores de saúde da população⁴, também foi alvo de críticas, em função de questões como, por exemplo, o caráter seletivo e simplificado de uma atenção primária focalizada (sobretudo nos anos 1990), a não integração a uma rede de serviços, a não valorização do tema dos cuidados clínicos e individuais, a alta normatividade, bem como as próprias condições materiais de implantação das EqSF⁵.

Em 2008, 14 anos após a criação da ESF e intenso processo de discussões e negociações no âmbito federal, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), sob influência de algumas experiências municipais, de formulações no campo da saúde coletiva e de



reivindicações corporativas. A normativa oficial que instituiu o Nasf o define como equipe de apoio às EqSF, não o constituindo como porta de entrada, e indicando como seu objetivo a ampliação do escopo de ações e da resolutividade da AB. Para tanto, supõe que opere em lógica diferente daquela presente nas noções de encaminhamento, referência e contrarreferência⁶. Nessa normativa, também se destacaram a previsão de dois tipos de Nasf, a presença da saúde mental na composição das equipes, bem como a prerrogativa da gestão municipal de definir a composição de categorias profissionais do Nasf no âmbito local, observando as regras gerais.

Nos anos seguintes, iniciou-se a implantação dos Nasf em diversos municípios brasileiros, chegando, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a 1.317 no ano de 2010⁷. Esse processo foi acompanhado, por um lado, de certo otimismo gerado pela perspectiva de fortalecimento da AB e incorporação de novas práticas e, de outro, pela dificuldade de traduzir a sua lógica de trabalho, centralmente calcada na noção de Apoio Matricial (AM)⁸. Um dos problemas evidenciados nesse processo foi o alto número de EqSF por Nasf, dificultando, ou mesmo impedindo, na prática, a sua efetivação.

A esse respeito, é oportuno também indicar que o Nasf fora implementado em contexto dos mesmos problemas enfrentados pela ESF, com os quais passou a conviver, tais como precariedade da infraestrutura logística e física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), alta rotatividade de profissionais (especialmente médicos), dificuldades na organização dos processos de trabalho e baixa integração com demais serviços das redes locais^{9,10}.

A partir de 2011, houve importante inflexão na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que passou a ocupar centralidade na agenda federal e tripartite. Nesse processo, destacaram-se algumas medidas: incorporação de modalidades de equipes (as equipes ribeirinhas e fluviais, bem como os

Consultórios na Rua), criação do Programa de Requalificação de UBS (com reformas, ampliações, construções, informatização e Telessaúde), do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e, em 2013, do Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil. Especificamente para o Nasf, ocorreu significativa revisão normativa em 2012, quando passou-se a prever: criação de mais de um tipo de equipe, contemplando municípios de pequeno porte; incorporação de novos profissionais e ocupações; e diminuição substancial do número de EqSF a serem cobertas¹¹. A isso, somou-se, nos anos seguintes, uma nova publicação nacional com orientações e recomendações¹²; a inclusão dos Nasf no PMAQ, bem como a primeira oferta, em escala nacional, de um curso para seus profissionais, inspirado nos referenciais da Educação Permanente em Saúde (EPS) e nas noções de Apoio Institucional (AI) e Matricial¹³.

Em termos de presença dos Nasf no País, em 2013, havia 2.767 implantados, passando a 4.288 em 2015, 4.406 em 2016, a 4.886 em 2017 e a 5.221 em março de 2018⁷. Observa-se, nesse período, maior crescimento entre os Nasf existentes em pequenos municípios, e presença frequente de psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Recentemente, em 2017, foi publicada uma nova edição da PNAB, diante de muitos protestos e questionamentos de atores e segmentos do SUS e da saúde coletiva, em uma conjuntura de ataques a todas as políticas sociais. Ainda que nessa PNAB não tenha havido mudanças estruturais importantes no Nasf, chama a atenção o fato de que ela amplia sua responsabilidade para as chamadas equipes de AB tradicionais, retira o termo apoio da sua nomenclatura, gerando dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos gestores responsáveis pela implementação das mudanças, além de colocar em risco a própria ESF.

As formulações e decisões sobre o Nasf, traduzidas em portarias nacionais, tiveram influência sobre sua implantação. No

entanto, sua trajetória normativa não se reflete automaticamente nas realidades locais e cotidianas, especialmente em um país diverso e desigual como o Brasil. Além disso, o tempo – apenas uma década – e a complexidade da sua implementação impõem importantes especificidades entre os modos de operação pelo País.

Nessa conjuntura, o objetivo deste artigo, portanto, escrito sob a forma de artigo de opinião, é problematizar alguns desafios colocados aos Nasf, considerando os 10 anos de sua presença na PNAB. Abordaremos, centralmente, questões relacionadas com conceitos e propostas que o envolvem, bem como com o modelo e estratégias de gestão e organização do trabalho em saúde que devem subsidiá-lo.

Refletindo sobre a formulação teórico- conceitual e metodológica do Nasf

As especificidades no modo de implantação e operação do Nasf pelo País têm gerado polêmicas e dicotomias relacionadas, principalmente, com a sua atuação em atividades individuais (consultas) e ações coletivas (grupais, educativas) ou, ainda, entre a assistência que os matriciadores oferecem diretamente à população e aquela que o fazem em colaboração com a EqSF de referência dos usuários. Trata-se de questões que possivelmente decorrem da dificuldade de tradução da noção de AM no contexto da ESF, do receio de que profissionais do Nasf operem como um ambulatório de especialidades tradicional, bem como da suposição, a nosso ver equivocada, de certa homogeneidade entre as ações das diferentes categorias (como se o tipo e o tempo das atividades do psicólogo precisassem coincidir com aquelas próprias aos fisioterapeutas e nutricionistas, por exemplo)¹⁴⁻¹⁶. Acresce-se a isso o entendimento, até pouco tempo muito forte, de que na ESF

se faz prioritariamente (ou quase que exclusivamente) promoção e prevenção^{17,18}, ainda que as normativas oficiais suponham, desde 2006, maior abrangência de ações assistenciais¹⁹.

A compreensão dos possíveis elementos geradores das dicotomias que envolvem o Nasf não nos exime de enfatizar que estas devem ser superadas, na medida em que cabe aos seus profissionais justamente a integração entre ações de caráter pedagógico com aquelas que, embora consideradas assistenciais, sempre são feitas com algum grau de participação da equipe mínima. Fundamentadas na noção de ‘apoio matricial’⁸, as diretrizes oficiais de funcionamento do Nasf indicam uma organização do cuidado baseada na colaboração entre equipes responsáveis por um determinado território e no compartilhamento de saberes e práticas entre apoiadores matriciais e EqSF. Supõem não apenas a presença de um profissional com o mandato de apoiador e qualificação de especialista, mas a realização de encontros deste com a equipe e os usuários. Para tanto, preconizam ações, como discussões de caso, atendimentos compartilhados entre Nasf e EqSF (ou protagonizados pelos primeiros, mas precedidos/sucedidos por discussão com as equipes), construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção, reflexões conjuntas sobre o processo de trabalho, entre outras²⁰.

Cabe aqui distinguir o AM do AI, embora partam de uma raiz comum. No AI, a principal tarefa é ofertar suporte para as transformações institucionais, fortalecendo os sujeitos e as instituições para a construção de modos gestão mais democráticos, tendo como objeto principal o próprio processo de trabalho²¹. Tarefa também presente no AM, que mantém alguns princípios do AI, ao passo que traz novas proposições: atuação a partir de um núcleo de saber e relação mais próxima aos usuários, por exemplo. O AI é mais direcionado à gestão do processo de

trabalho; e o AM, à gestão e produção do cuidado em si, embora tais dimensões sejam de difícil separação na prática.

O apoiador, ainda que de modos próprios (matricial e/ou institucional), habita a fronteira entre a clínica e a política, entre a gestão e o cuidado, trabalhando no sentido transversal, articulando saberes e práticas das organizações apoiadas, em prol da produção de saúde²¹. A função apoio comparece, assim, como diretriz e dispositivo que a visa ampliar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos (das EqSF, neste caso).

O AM, em sua formulação, coloca-se a serviço da compreensão e manejo de problemas de saúde e histórias de adoecimento e sofrimento, compartilhando saberes com generalistas ou responsáveis mais diretos pelos casos, realizando práticas conjuntas por meio de interações pedagógicas próximas do cenário concreto dos profissionais e usuários, tendo potencial de reordenar o lugar e as práticas dos especialistas⁸. Essas práticas requerem capacidades que se inserem em um terreno ao mesmo tempo técnico, micropolítico e relacional, razão pela qual, com outros autores²², consideramos que a prática do AM pode requerer elementos de AI, exercidas diretamente pelo matriciador e/ou com o suporte de pessoas que operem na lógica do AI.

O Nasf ou o AM não correspondem exatamente a nenhuma experiência no contexto internacional, mas podem ser aproximados de diferentes arranjos que propõem trabalho conjunto, tais como *Consultation-liaison* e *Colaborative care*²³⁻²⁵. Originadas em contexto anglo-saxão ou norte-americano, a maior parte das experiências internacionais de trabalho colaborativo não contempla, ou não enfatiza, questões relacionadas com a gestão do processo de trabalho (democratização das relações de poder entre categorias profissionais, por exemplo). De modo geral, pressupõem a presença de um gestor de caso, responsável por ações diretas com usuários, interconsultas e viabilização da ligação entre atenção primária e especializada, indicando

a função de coordenação de caso, que se aproxima de um dos papéis do apoiador matricial (nos momentos em que os usuários se encontram em situações mais críticas, por exemplo). Contudo, trata-se de um trabalho bastante prescritivo, com priorização de indicações claras e pragmáticas sobre o modo como o trabalho de colaboração deve funcionar, as especificidades dos papéis de cada ator, bem como os resultados esperados²³⁻²⁵.

Com ações e resultados que, em geral, não se baseiam em protocolos ou metas preestabelecidas, a amplitude de possibilidades de ação do Nasf não é sentida por grande parte dos profissionais como propiciadora, predominantemente, de criatividade e autonomia no trabalho. Muitos avaliam que sua proposta é ambígua, pois aponta algumas funções sem definir atividades que obrigatoriamente devam ser realizadas, o que produziria certo descontrole dos resultados do trabalho²⁶. Nesse sentido, estudos mostram profissionais de Nasf que priorizam discussão de caso e atenção compartilhada com a equipe, oferecem apoio para as relações interprofissionais (exercendo, em algumas situações, a função de AI), ao mesmo tempo que existem aqueles que atuam como supervisores e consultores ou, por outro lado, exercem práticas clínicas de modo isolado, sem compartilhamento com a equipe^{9,14-16,27}.

Pesquisas indicam, ainda, que os profissionais do Nasf se queixam de má formação para o exercício do AM e de dificuldade para legitimar práticas interdisciplinares nas EqSF. Ante essas questões, solicitam reformulações das normativas, de modo que estas evidenciem quais as funções de cada profissão^{14-17,26}. Para Correia, Goulart e Furtado²⁶, encontramos-nos diante de um paradoxo, na medida em que se busca nos núcleos de saber respostas para dificuldades que se encontram justamente em um campo não só de interpenetração destes, mas também de extrapolação deles (o campo da construção conjunta dos projetos terapêuticos, ou da análise de processos de trabalho, por exemplo).

Em uma perspectiva diferente, lembrando

que a proposta de AM envolve a função de suporte técnico-pedagógico, bem como de prestação de cuidado especializado, Tesser¹⁷ defende que, equivocadamente, tem-se dado ênfase à primeira. Embora pondere que ambas as funções só se efetuam se desempenhadas de modo sinérgico, observa que os textos oficiais supervalorizam ações interdisciplinares a ocorrerem com a presença física dos diferentes profissionais, com objetivos, principalmente, de promoção e prevenção de saúde, planejamento e atuação no território. Para o autor, há um exagero na indução de compartilhamento constante das práticas, pois o cuidado especializado pode ter um componente interdisciplinar, mesmo que exercido apenas pelo especialista.

Na avaliação de Tesser¹⁷, as ações ‘eminentemente interdisciplinares’ colocariam os ‘nasfianos’ em uma posição de ‘generalista’ para a qual não foram formados, esvaziando ou enfraquecendo a função de especialista e induzindo a desvalorização simbólica e ideológica do cuidado especializado no SUS. Trata-se de um problema que se acentua porque, concomitantemente, desvaloriza-se também a competência específica dos generalistas (já que se supõe que os ‘nasfianos’ também podem realizá-la). Nesse processo, ao sobrecarregarem-se com atividades generalistas, os apoiadores deixam de compartilhar a pressão assistencial com as EqSF, afastando-se delas.

A nosso ver, essas questões devem ser enfrentadas cuidadosamente. Porém, não consideramos que devam ser minimizadas por meio de mudanças nas normativas do Nasf, de modo a induzir um aumento do cuidado especializado a ser exercido pelos apoiadores matriciais. Consideramos, pelo contrário, que a priorização de um tipo ou outro de prática deve ser dada pelos contextos locais, a depender de suas necessidades proeminentes. Ademais, avistamos que analisar o AM a partir de dicotomias (especialismo/generalismo; apoio pedagógico/atendimento ambulatorial) pode incorrer em riscos ainda

maiores, pois denega seu lugar intersticial: entre a equipe e a gestão, entre a gestão da área programática/distrito de saúde e a gestão da unidade básica, entre a equipe e o território, entre a equipe e o usuário.

Por posicionar-se nesse lugar intermediário, o Nasf nos coloca a necessidade de um questionamento acerca de questões referentes à colaboração interprofissional na relação entre equipes de natureza matriciais e de referência. Como sabemos, embora constituído como equipe distinta das EqSF, de acordo com o MS, o Nasf deve se manter integrado a estas, além de apoiá-las na articulação com outros pontos da rede de saúde e intersetorial¹². Assim, a compreensão dos processos de colaboração pode ser útil para explorar a transição para formas mais integradas de organização²⁸, na medida em que o trabalho colaborativo busca responder à necessidade de reagrupamento de conhecimentos fragmentados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e evitar a duplicidade de cuidados²⁹.

A colaboração é um processo complexo e dinâmico, que compreende, simultaneamente, a construção de uma ação coletiva, voltada para a complexidade das necessidades do usuário, e de uma vida em equipe, além de integrar as perspectivas de cada profissional, lidando com suas contradições e conflitos²⁹. A integração da equipe requer tempo e investimento, pois se refere ao campo dos valores, do diálogo entre as competências, do exercício da autonomia, entendida como relação entre os saberes profissionais, mas também dos limites destes diante das necessidades de saúde dos usuários³⁰. Nesse caminho, podemos compreender que parece ingênuo pensar que simplesmente colocar os profissionais juntos produzirá a colaboração. Consequentemente, no que se refere ao Nasf, é importante refletir que as relações matriciais também são complexas e implicam lidar ainda com os limites e possibilidades impostas pela posição de ‘intermediário’.

A posição de intermediário ocupada pelo

Nasf, tal como apontamos acima, implica que a realização de seu trabalho está em um constante trânsito entre a identificação com as EqSF (algo que pode favorecer a construção de vínculos, por meio de um envolvimento com os problemas enfrentados no cotidiano profissional da AB) e a diferenciação (um distanciamento necessário para manter o estranhamento e contribuir com a transformação de crenças, posturas e práticas instituídas). Deter-se a um desses polos (identificação/diferenciação) impossibilitaria a realização de um apoio efetivo.

Assim, o exercício do AM exige, por definição, a sustentação de um paradoxo, na medida em que, caracterizado como retaguarda especializada, ele tem o objetivo de romper com a lógica especializada habitual. Inserido na APS, ele compartilha o trabalho com as EqSF, mas não faz parte delas: para compartilhar, precisa inserir-se nelas. Contudo, a fim de fazê-lo sob a forma de apoio, deve guardar a externalidade necessária para questionar os movimentos instituídos e colocá-los em análise.

Lidar com as contradições inerentes ao AM pode ser extremamente difícil, sobretudo na realidade da maior parte das unidades de saúde do País, submetidas à pressão da demanda oriunda de territórios marcados pela precariedade socioeconômica, por diferentes formas de violência e por limites na oferta e organização dos serviços especializados. Assim, 10 anos após a criação do Nasf, identificamos que um dos principais desafios é a elaboração de reflexões e estratégias de apoio aos seus profissionais. Estratégias que indiquem direcionamentos mais claros para suas ações, mas que não desconsiderem a complexidade inerente à função do AM. Se não o fizermos, corremos o risco de esvaziar seu sentido, tal como é possível antever nas propostas da nova PNAB³¹. Portanto, ao contrário de propor mudanças normativas que especifiquem ou objetivem as funções do Nasf, apostamos na criação de modos de lidar com os efeitos da diversidade identificada

nos documentos oficiais já existentes.

Entre os aspectos a serem considerados nessa reflexão acerca do apoio a ser oferecido ao Nasf, estão questões estruturais (como recursos financeiros, materiais/meios de trabalho), de formação (inclusão de formação de AM nas residências de saúde, por exemplo), mas também de gestão e de rede, tal como discutiremos a seguir.

O trabalho de apoio do Nasf na rede de atenção à saúde

Compreende-se que a AB tem por função atuar como importante centro de comunicação entre os diversos serviços de saúde e, para isso, deve elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{32,33}. No entanto, apesar do desenvolvimento da AB no Brasil, alguns estudos têm apontado que esta ainda não reúne condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e a articulação com os demais pontos de conexão do sistema, o que coloca a coordenação da atenção ainda como um desafio que depende, entre outros elementos, do desenvolvimento de arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços³⁴. Dessa forma, a descontinuidade e a fragmentação de projetos terapêuticos tornam-se mais acentuadas quando o cuidado iniciado na AB depende de outro serviço integrante do sistema de saúde⁸. Há, portanto, a necessidade de incremento da colaboração entre estes diferentes serviços para diminuir tal fragmentação e, com isso, obter melhoria do cuidado.

Nesse cenário, a atuação do Nasf é fundamental, pois, conforme apontamos anteriormente, este tem como função, além de apoiar a atuação das EqSF em seu processo de trabalho, auxiliá-las em sua articulação com os outros pontos da rede, bem como com os equipamentos sociais disponíveis nos

territórios, ampliando, portanto, as possibilidades de coordenação do cuidado.

É possível analisar a colaboração entre profissionais de saúde tanto em equipes quanto entre organizações e em redes integradas de cuidados, considerando características que envolvem sua configuração organizacional e aspectos atrelados às relações entre os sujeitos²⁸.

Quanto à configuração organizacional, estudos apontam a necessidade de formalização dos processos de colaboração em que se esclareçam as expectativas e responsabilidades dos atores, bem como uma governança que direcione e apoie as inovações relativas à colaboração interprofissionais e inter-organizacionais²⁸. No caso dos Nasf, tem sido destacada a importância de algumas estratégias organizacionais, como: a discussão e pactuação de critérios de acionamento do AM; a elaboração, na rede de saúde, de protocolos de acesso/fluxo de encaminhamentos para outros pontos da rede; além da criação de espaços coletivos/cogestão e elaboração de processos de comunicação ágeis¹².

Já no que se refere aos aspectos relacionais envolvendo os trabalhadores das diferentes equipes e serviços implicados na realização de uma linha de cuidado, estudos ressaltam a necessidade de que haja compartilhamento de visão e objetivos, ao mesmo tempo que se reconheça a existência de motivações divergentes e múltiplas alianças entre os trabalhadores. Além disso, apontam como característica para a colaboração a consciência dos profissionais de sua interdependência e da importância de geri-la, o que se traduz em um sentimento de pertença e confiança mútua²⁸.

Esses são alguns atributos importantes a se observar no trabalho de apoio dos Nasf e sua relação com a rede de saúde, porém trata-se de características sujeitas a influências externas e a fatores estruturais como recursos e políticas, que também são determinantes para a colaboração.

A dificuldade relativa à disponibilidade e modo de funcionamento da atenção especializada é apontada como um problema estrutural

do SUS, que influencia a realização do trabalho do Nasf³⁵. Em algumas experiências de implantação, devido à escassez de serviços especializados, ocorre uma utilização equivocada dos Nasf de maneira substitutiva a tais serviços. Assim, os Nasf são vistos como um modo de suprir uma falha da rede de saúde quanto à ausência de centros de serviços especializados, aproveitando um recurso disponível que não foi previsto para tal função³⁶. Nesse sentido, é importante afirmar que o cuidado especializado é necessário para a efetividade do cuidado iniciado na AB, de tal forma que sua disponibilidade no sistema é necessária para viabilizar a integralidade da atenção.

A rede de cuidados especializados é reconhecida como heterogênea e insuficiente, constituindo um gargalo para o sistema de saúde^{35,37,38}. Há, em muitas regiões do País, insuficiência na oferta de serviços e carência de profissionais (em especial, médicos especialistas), bem como dificuldades na regionalização e dependência do setor privado que reforçam a fragmentação do sistema³⁷. Além da carência de serviços referentes à atenção especializada, estudos apontam a necessidade de construção de diretrizes operacionais claras e de recursos para sua estruturação em um formato organizativo que possa ser induzido nacionalmente, como ocorreu com a ESF³⁸. Tesser e Poli-Neto, por exemplo, defendem a necessidade de elaboração e indução de um formato organizacional para os serviços de cuidado especializados que tome por base a experiência dos Nasf³⁸.

A metodologia do AM, que não se restringe à atuação do Nasf, quando utilizada por serviços especializados, pode ser uma forma de qualificar o cuidado, diminuindo o número de encaminhamentos desnecessários da AB e facilitando o compartilhamento do cuidado. Por exemplo, as reuniões para discussão de casos complexos e para pactuação dos fluxos assistenciais podem operacionalizar um uso mais eficiente dos serviços especializados e, com isso, possivelmente diminuir a medicalização e tornar o acesso mais equânime. Além disso, essa proposta poderia expandir

a vivência de AM na realidade da produção do cuidado e da comunicação entre serviços, tornando-a uma metodologia mais usual nos processos de colaboração no cotidiano dos profissionais de saúde.

Ao mesmo tempo, o modo como o Nasf é estruturado e posto a operar também pode ser atravessado pelas características do território e da rede em que é implantado. Por exemplo, o lugar do Nasf na rede, bem como seu processo de trabalho na EqSF, em um município que possui grande disponibilidade de serviços ligados à reabilitação (centros de reabilitação, ambulatorios etc.), será, provavelmente, diferente do seu lugar em um município pequeno em que os únicos fisioterapeutas são seus integrantes. Nesse ponto, mostra-se profícuo entender a implantação-composição dos Nasf e o desenho da rede considerando a influência mútua entre eles na composição das linhas de cuidado.

É importante salientar que a integração entre os serviços é um processo, e não um evento, de modo que a própria implantação do Nasf pode ser um disparador de mudanças nos processos de trabalho e nos modos de produzir cuidado em rede. Nesse sentido, podemos compreender que o Nasf, ao se inserir no cotidiano da EqSF, tem potencial de gerar uma reestruturação produtiva³⁹, a qual pode ser verificada quando a produção do cuidado se faz a partir das relações em rede entre os trabalhadores e nos modos de construir planos de cuidado na intercessão com os usuários.

De maneira semelhante, o Nasf talvez tenha o potencial de provocar uma reorientação da rede assistencial por meio do aumento do escopo de atuação da EqSF e da reorganização dos modos de produzir o cuidado na AB. Assim, pode ser revisto, por exemplo, em que medida alguns tipos de ofertas têm que se localizar na atenção especializada ou podem ser realizadas diretamente na AB via Nasf.

Diante do que foi exposto, compreendemos que o Nasf, ao mesmo tempo que enfrenta o desafio de amplificar a colaboração com as EqSF e com outros pontos das redes

de atenção, também pode ser visto como um dispositivo que, por meio de sua atuação, tem potencial de influenciar o modo como as equipes produzem cuidado e se relacionam com os outros serviços necessários para viabilizar atenção integral aos usuários.

As formas por meio das quais o Nasf pode atuar em favor da coordenação e integração do cuidado envolvem elementos normativos, metodológicos, relacionais e estruturais, como foi apontando, mas também exigem certas especificidades do campo da gestão, tal como passamos a discorrer.

A gestão como um nó crítico para o Nasf

Outro importante desafio para a operacionalização do Nasf diz respeito à sua relação com os processos de gestão, sejam os constitutivos da função apoio que possui uma dimensão de gestão implícita no seu trabalho, como, por exemplo, análise das relações de poder no processo de trabalho e planejamento das ações de cuidado; ou aqueles relacionados com a atuação dos gestores municipais e das unidades de saúde para que o trabalho desse núcleo aconteça.

Diferentemente das dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial, as dimensões de gestão e de educação permanente se apresentam de forma transversal no trabalho do apoiador. Observa-se mais claramente a dimensão de gestão no trabalho do Nasf quando o apoiador é convidado a participar da discussão, organização e planejamento do processo de trabalho das equipes de referência, ou para apoiar a gestão dos serviços (coordenadores, diretores e/ou gerentes). Trata-se das situações em que o apoiador matricial exerce, em algum grau, a função de apoio institucional, tendo como foco o processo de trabalho das equipes de referência.

Essa dimensão também se refere à própria gestão da equipe Nasf, na medida em que é considerada, por exemplo, a necessidade de definir quando, onde e como os apoiadores se

reúnem para organizar o seu trabalho. A complexidade do trabalho do Nasf – incluindo aqui a heterogeneidade na composição das equipes e a diversidade de atividades ofertadas – exige dos apoiadores um alto grau de organização das agendas de trabalho, uma vez que ações interdisciplinares requerem integração entre as atividades dos apoiadores e das EqSF. Vale ressaltar, ainda, a necessidade de graus de flexibilidade na construção da agenda, de forma a não produzir barreiras de acesso ao Nasf.

Essa dimensão de gestão do trabalho do apoio precisa ser considerada pelos gestores, equipes apoiadas e pelos próprios trabalhadores do Nasf. Ao problematizar o processo de trabalho das EqSF e ao transitar pela rede, por exemplo, o apoiador pode desvelar problemas relacionados com o modo de organização e gestão dos serviços, produzindo desconforto nos atores envolvidos. Por isso, aspectos como disponibilidade ao apoio e credibilidade acerca do seu trabalho intercessor – transitando entre os espaços e funções da rede – fazem-se imprescindíveis para o desenvolvimento da dimensão de gestão do apoio matricial.

Esse quadro indica que o trabalho do apoio pode ser potencializado a depender de algumas condições organizacionais²¹ disponibilizadas ou não pelos gestores locais; a começar pela abertura institucional para mudanças e pelo desejo de uma diretriz democratizante para o trabalho, compreendendo que o compartilhamento do cuidado, a troca de saberes, o trabalho em equipe são mais bem garantidos em ambientes organizacionais menos hierárquicos e mais participativos.

Outro aspecto condicionante para que o trabalho do Nasf se efetive diz respeito à forma como os gestores fazem a estruturação e a pactuação do trabalho do Nasf. São potencialmente influenciadores das práticas do AM alguns elementos básicos, como: o número de profissionais e as categorias que irão compô-lo; o número de EqSF a serem apoiadas; as características do território; além de garantias estruturais, como transporte, materiais,

insumos, espaço físico para desenvolvimento das atividades¹².

Além disso, observa-se que a flexibilidade inerente ao trabalho do Nasf – por se tratar de um arranjo que permite uma grande diversidade de atividades, podendo ocorrer em diversos pontos da rede intra e intersetorial – exige que os gestores ofertem condições para que os apoiadores construam uma agenda de trabalho que preveja esse trânsito entre os serviços e entre as equipes apoiadas. Isso demanda um grau importante de confiança dos gestores para com seus apoiadores matriciais e auxílio para abertura de canais institucionais, quando necessário.

Parece-nos fundamental, ainda que, a gestão reconheça que o apoiador do Nasf não apoia sozinho, ele também precisa de suporte, seja por meio de AI para o AM, supervisões clínico-institucionais, espaços de educação permanente, reuniões de matriciamento ou com outros serviços da rede. Esses encontros podem se configurar como espaços de formação, assim como cursos e capacitações específicas, que, quando ofertados pelos gestores, muito têm a qualificar o trabalho dos profissionais do Nasf, principalmente no que tange à dimensão técnico-pedagógica, pouco presente nas formações acadêmicas.

Outro aspecto sobre o qual caberia à gestão ‘apoiar’ o trabalho do Nasf se refere à situação das EqSF: se estão completas, se cobrem áreas com demanda assistencial intensificadas, se estão abertas para receber apoio. Isso pode influenciar de forma negativa ou positiva a relação das EqSF com os apoiadores e a realização do apoio matricial, a depender de como for construída a demanda, os fluxos de acesso, o planejamento do trabalho conjunto entre profissionais etc.²⁶. É necessária uma atmosfera razoavelmente favorável ao apoio nas EqSF, e os gestores são atores centrais nesse processo.

O planejamento das ações deve se pautar pelas necessidades dos grupos apoiados pelo Nasf – EqSF e população atendida –, não sendo limitado ao papel de cada profissional⁴⁰. Para isso, a estruturação dessas equipes precisa

estar de acordo com a situação e com o perfil técnico, epidemiológico, sanitário e social das EqSF e usuários. Por exemplo: para um território com alta vulnerabilidade social, profissionais do serviço social e psicologia podem ser priorizados na composição do Nasf, assim como médicos pediatras seriam prioritários em territórios com alto número de crianças, ou equipes que apresentam fragilidade no cuidado delas. Partir do conhecimento das EqSF acerca dos problemas de saúde do seu território, “mais do que gerenciar recursos e os dados burocráticos dos sistemas de informação”⁴⁰, é uma importante diretriz para gestores que desejam mudanças mais efetivas.

Para finalizar, destacamos um breve apontamento sobre a necessidade de conexão entre os processos de avaliação e monitoramento do Nasf e das EqSF, uma vez que, trabalhando juntos, produzem impacto sobre os mesmos fenômenos. Em outras palavras, é razoável supor que os efeitos do trabalho do Nasf também podem ser observados, ainda que de forma indireta, por meio dos resultados do trabalho das EqSF, se for levado em conta que estas e os usuários em seus territórios são ‘objeto’ de trabalho dos apoiadores matriciais. Há que se considerar, nesse sentido, a complexidade que se coloca para avaliar o Nasf²⁶.

Diante do exposto, a dimensão de gestão se apresenta em destaque aqui por considerarmos relevante: a) afirmar esse aspecto como constitutivo da função ‘apoio’ e, conseqüentemente, do AM; b) trazer à tona as condições organizacionais de gestão para que o trabalho do Nasf possa se desenvolver em sua máxima potência.

Considerações finais

Os 10 anos de Nasf foram marcados, de um lado, por sua formulação inovadora enquanto arranjo, por importantes reformulações e reinvestimento, e pela sua implantação em todas as regiões do País, embora ainda não contemple a totalidade de municípios brasileiros. Por outro lado, tal processo vem

sendo vivido, no cotidiano dos serviços, de modos heterogêneos e, por vezes, tensos. Acresce-se a essas questões o fato de que os Nasf atuam nas realidades também complexas das EqSF, em contextos de gestão e de redes de atenção locorregionais adversos. Esse cenário requer atenção constante a, pelo menos, dois planos: aquele normativo e nacional da política oficial; e aquele local, cotidiano, micropolítico. Ambos podem, constantemente, compor-se, influenciar-se ou ignorar-se. Neste sentido, consideramos que a potência dos Nasf depende de diferentes elementos que lhe são internos e externos. Nesse quadro, além de desafios mais gerais do SUS e da AB, que, em parte, condicionam as possibilidades do Nasf, destacamos alguns elementos críticos específicos, referentes à formulação, inserção na rede e gestão, discutidos ao longo deste texto.

Para lidar com essas questões, alguns investimentos parecem-nos fundamentais. O primeiro deles diz respeito à formação em saúde: seria recomendável que a temática do Nasf e, especificamente, do AM, fosse tratada em todas as residências em saúde do País (médicas, não médicas e multiprofissionais), preparando não apenas os profissionais que pretendem trabalhar na AB, mas também aqueles da atenção especializada, para oferecer apoio matricial. Na mesma medida, identificamos a necessidade de ampliação das ofertas de formação permanente aos profissionais do Nasf, em sintonia com as especificidades das composições da equipe e das necessidades de cada serviço e território. Faz-se necessária, também, a formulação de estratégias de avaliação, bem como estudos e pesquisas que evidenciem efeitos e resultados do Nasf para as EqSF e para os usuários. Por meio de parcerias entre governos e entidades de ensino e pesquisa, seria recomendável o incentivo para que tais estudos desenvolvessem metodologias sensíveis à abrangência e heterogeneidade das experiências de trabalho do Nasf e, ao mesmo tempo, estruturassem-se de modo multicêntrico, abarcando diferentes realidades.

Enfrentar os desafios aqui discutidos com mais vigor, sem desconsiderar a diversidade e desigualdade existentes no 'Brasil profundo', parece ser vital para a ampliação da capacidade de cuidado da AB que o Nasf, em última instância, objetiva. A recente mudança na PNAB, ao suprimir a palavra 'apoio' da denominação oficial do Nasf, parece não encarar nem encorajar os gestores a enfrentar tais questões, ou talvez esteja a indicar intencionalidades (não

explícitas) de mudanças mais substanciais nos tipos de apostas.

Colaboradores

Melo EA, Miranda L, Silva AM e Limeira RMN contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. Rio de Janeiro. 2005; 15(supl):225-264.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
3. Machado CV. Direito Universal, política nacional; o papel do Ministério da Saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.
4. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am. J. Public Health*. 2011 Oct 17; 101(10):1963-70.
5. Merhy EE, Franco TB. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, et al., organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 Jan 2008. [acesso em 2012 abr 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura SF. [acesso em 2018 jul 25]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
8. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(2):399-407.

9. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(9):2655-2663.
10. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2014 nov 1]; 38(esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 Dez 2012. [acesso em 2013 dez 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, número 39. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
13. Melo EA, Vianna EC, Pereira LA, organizadores. *Caderno do curso Apoio matricial na atenção básica com ênfase nos NASF: Aperfeiçoamento.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
14. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.* 2012; 16(3):317-324.
15. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade.* 2013; 25(2):461-468.
16. Barros J, Gonçalves MRA, Kaltner RP, et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(9):2847-2856.
17. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface comun. Saúde Educ.* 2017 set; 21(62):565-578.
18. Campos GSW, Guitérrez AC, Guerrero AVP, et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GSW, Guerrero AVP. *Manual de práticas de atenção: Saúde ampliada e compartilhada.* 2008. p. 132-254.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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). *Diário Oficial da União.* 26 Mar 2006.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, número 27. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
22. Moura RH, Luzio CA. Apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2014; 18(supl.1):974-986.
23. Bower P. Primary Care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *J R Coll Gen Pract:* 2002; 52:926-933.
24. Gagné MA. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration. *Mississauga: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale*, maio 2005.
25. Saraiva S, Zepeda J. *Princípios do Apoio Matricial.*

- In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ArtMed; 2012.
26. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde Debate*. 2017 mar; 41(supl):345-359.
 27. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2008; 28(3):632-645.
 28. D'Amour D, Goulet L, Labaide J-F, et al. A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations. *BMC Health Services Research* [internet]. 2008 dez [acesso em 2018 maio 24]; 8(1):188. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>.
 29. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comum. Saúde Educ.* 2007 ago; 11(22):239-55.
 30. Silva EM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(10):3033-3042.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
 33. Brasil. Ministério da Saúde Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 30 Dez 2010.
 34. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):2893-2902.
 35. Castro CP, Campos GSW. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis* 2016; 26(2).
 36. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* 2011; 20(4):961-970.
 37. Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate.* 2014; (52):15-37.
 38. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):941-951.
 39. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate* 2017; 41(112):155-170.
 40. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc.* [internet] 2012 jan [acesso em 2018 maio 22]; 3(1):18-31. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100005&lng=pt&nrm=iso.

Recebido em 29/05/ 2017

Aprovado em 10/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?

National Primary Care Policy: consolidation of the care model or conciliation with the health market?

Stephan Sperling¹

DOI: 10.1590/0103-110420185123

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolidou-se, nos principais Sistemas Nacionais de Saúde, destacadamente naqueles que se orientam pelo marco da universalidade do cuidado, como nível de atenção crítico, organizador da oferta de acesso para as necessidades de saúde das pessoas, permitindo não apenas intervenções sanitárias coordenadas e abrangentes, mas, igualmente, equitativas, custo-efetivas e longitudinais¹. A efetivação de seus atributos, assim, conferiu-lhe, imageticamente, o registro de porta de entrada para o cuidado, sendo os profissionais que lhe zelam o funcionamento considerados seus *gatekeepers*².

Entretanto, por ser o nível de atenção que trabalha com as demandas de usuários em estado bruto, buscando investigar as necessidades de saúde que as originam, encontra-se associado às dinâmicas social e política que determinam, historicamente, formas de se adoecer, de se compreender doenças e adoecimentos e de se produzirem intervenções para promoção, prevenção e reabilitação³. Em outras palavras, a atenção primária não é apenas o primeiro contato estruturado para atenção de pacientes, é, também, sem dúvida, campo em disputa para produção de significantes e significados no processo de cuidado da vida humana.

A tensão e as disputas que circundam o campo da atenção primária brasileira, ou atenção básica, como consolidou-se chamá-la no País, materializam-se mais evidentemente na revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida no ano de 2017. Na qualidade de instrumento indutor e fomentador da organização deste nível de a no País, é impossível à política e à sua portaria manterem neutralidade diante dos tensionamentos pelos quais passam o Estado Brasileiro e o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o fora impossível ocultar, no produto, a opção segmentada por determinados setores sociais.

Enquanto uma crítica a respeito dos equipamentos e recursos previstos para a efetivação da atenção primária em todo território nacional, bem como uma análise do orçamento e do financiamento previstos para sustentar suas ações, pode apresentar interessantes trânsitos de interesses no seio do sistema de saúde, é atentando para o modelo de atenção, que, finalmente, aparece tocado, em que se observa o papel conciliador do Estado Brasileiro entre os interesses conflitantes do mercado em saúde e da defesa do direito à saúde.

Desde a promulgação da Declaração de Alma Ata, ocorrida na segunda metade do século passado, a estruturação de nível de atenção que ofereça primeiro contato para o cuidado foi

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – São Paulo (SP), Brasil. Secretaria Municipal de Saúde, Rede de Atenção à Saúde – São Paulo (SP), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8172-7153> stephan.sperling@fm.usp.br



objeto de diferentes políticas sanitárias ao redor do globo, bem como de diferentes respostas pelos Sistemas Nacionais de Saúde, para os seguintes desafios. O SUS, herdando do cenário histórico possibilidades técnicas e políticas para seus níveis de atenção e para suas Redes, contraditoriamente, persiste sustentando uma atenção primária segmentada entre um programatismo em saúde orientado para a patologia e para tecnologia, fomentando, por vezes, intervenções pouco eficazes às pessoas e muito custosas para o Sistema⁴, quando não danosas para ambos; e entre uma tentativa de centralizar o cuidado não em tecnologias, doenças ou adoecimentos, mas em pessoas enquanto indivíduos históricos que compõem seus territórios.

Inicialmente, a persistência tensa dessas contradições, entre uma atenção centralizada em ações biomédicas, quer sejam preventivas, quer sejam curativas, e o reconhecimento da complexidade da constituição das necessidades de saúde à porta de entrada do Sistema, atendia objetivamente a interesses de mercado, que lucrara com o emprego tecnológico não regulado, promovendo tanto sobre diagnóstico, como de cânceres prostáticos por rastreamento de toda a população masculina a partir dos 50 anos de vida⁵; e iatrogenias legitimadas, como a prescrição de estatinas para profilaxia primária de eventos cardiovasculares em pacientes de baixo risco cardiovascular, mesmo à custa de câimbras e fadigas musculares; quanto sobremedicalizando fenômenos humanos e contradições materiais de uma sociedade capitalizada, como revela o incremento do uso de benzodiazepínicos ou antidepressores pelos que buscam serviços de saúde em sofrimento mental.

O setor privado, entretanto, não se comporta como bloco monolítico nesse cenário, sofrendo, tanto ontem, como hoje, importantes tensionamentos desse Modelo de Atenção. Enquanto a fração técnico-industrial do mercado em saúde ceva suas taxas de lucro por meio do incremento de consumo

desnecessário e danoso de *medical devices*, como de *stents* para doenças ateroscleróticas sobrediagnosticadas, ou alocação indiscriminada de próteses de quadril para osteoartroses, a fração administrativo-gerencialista, e cada vez mais financeirizada, do capital em saúde encontrou no século XXI limites críticos para sustentar o banquete de intervenções e ações de seus consumidores. Seguros de saúde, mesmo aqueles de capital misto e aberto, conglomerados com grandes empresas do cenário globalizado internacional, têm buscado restringir o desperdício de investimentos e recolocar o debate da custo-efetividade das intervenções e ações em saúde⁶. Ocorre ao setor privado a necessidade de um nível de atenção que, em coordenando o cuidado de seus consumidores, racionalize o acesso à tecnologia e restrinja investimentos custosos. Já não é mais possível apostar isoladamente no *managed care*, no cuidado gerenciado individual ofertado por cada operador de serviço privado: faz-se necessário constituir um *managed access* ao privado, um acesso de Rede gerenciado, em que todo o nível de atenção possa atuar como intérprete de necessidades e regulador de ofertas, sem custos adicionais.

Tal fenômeno de segmentação contraditória do modelo de atenção proposto para a atenção primária brasileira, levado a reboque por essa movimentação do mercado de saúde sobre o curso de suas práticas, só conheceu enfrentamento concreto para asseguar o direito à saúde e defesa do sistema universal e constitucional brasileiro por meio da priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF), como política para ordenamento e provimento de cuidados em primeiro contato. Em poucos momentos históricos pós-1988, o Estado Brasileiro definiu nacionalmente uma política indutora de cuidado integral, acessível, orientadora para todo o modelo de atenção do Sistema, com a capacidade de capilarizar-se por todo o território e provocar, finalmente, profundo debate a respeito do modelo de atenção

vigente. No entanto, em poucos momentos históricos, igualmente, o Estado Brasileiro comportou-se tão levemente, como tem se comportado desde 2016, convertendo a PNAB, de produto estratégico para a defesa e implantação da ESF e de um modelo de atenção à saúde civilizatório em todo o País, em carta de conciliação e convivência política para com atores antagônicos aos princípios fundantes do SUS, tentando intermediar mais as tensões do mercado de saúde, cada vez mais desnacionalizado, do que as tensões do SUS e de suas necessidades.

Verifica-se, dessa forma, ao longo da Portaria instituinte da PNAB, uma transferência, permissiva e indevida, à discricionariedade local, de autonomia para gerir e ordenar elementos basilares e críticos para o funcionamento do nível de atenção. O Governo Brasileiro optou, assim, por intermédio de contornos de formalidade administrativo-legal, por perverter o mérito da ação do Poder Público, anuindo com o afrouxamento da APS na base do Sistema Único e acenando ao mercado de saúde e à saúde privada. Quer dizer, a PNAB não avança para a consolidação de um modelo de atenção indutor dos atributos essenciais da atenção primária nos territórios, não indica à municipalidade os melhores percursos técnicos e políticos para fortalecimento do nível de atenção, fraciona a cobertura dos territórios entre ESF e outros modelos menos custo-efetivos para o cuidado e para o Sistema e nega-se a reconhecer o papel formador e fixador da APS para novos profissionais comprometidos com o SUS.

Há, ao menos, dois registros no corpo da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que promulga a Política, altamente ilustrativos da generalização da gestão local como principal protagonista na produção de políticas para atenção às necessidades dos territórios e formuladora de intervenções centradas em suas necessidades⁷⁽⁷⁰⁾.

[...] Podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidade, riscos e dinâmica comunitária, 'facultando aos gestores locais', conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe [...].

"Caberá ao 'gestor municipal' realizar análise da demanda do território e ofertas da UBS para mensurar sua capacidade resolutive"⁷⁽⁷¹⁾. A Política não indica normatizações futuras, para que, tanto o rastreamento e adscrição de áreas vulneráveis, quanto a oferta de ações e serviços de padrões essenciais e ampliados, obedeçam, minimamente, a uma ordenação nacional; sequer disponibiliza instrumentos com lastro em evidências, anexados à Portaria, para avaliação das intervenções territoriais pretendidas. O impacto desejado é exclusivamente ceder ao gestor a possibilidade de ordenamento desregulamentado de suas ações. Porém, hiatos ou vazios regulatórios podem ocorrer suficientemente no corpo da Lei, mas são, faticamente, preenchidos pelas disputas políticas e pelos tensionamentos reais. Nesse sentido, uma PNAB que não regulamenta, vulnerabiliza o Sistema de Saúde e a atenção primária diante do mercado e do capital em saúde.

O arremate à fragilização do modelo de atenção obtido com as equipes de ESF dá-se, finalmente, com a possibilidade de o gestor, da mesma forma com que arbitrariamente compõe equipes e redesenha territórios, não priorizar a contratação de médicos e de enfermeiros de família e comunidade para desempenho de atividades assistenciais em serviços primários. Negligenciam-se, assim, evidências consolidadas de que esses profissionais são responsáveis pelos melhores desempenhos sanitários do nível de atenção e para o Sistema, aumentando a custo-efetividade das intervenções, diminuindo demanda por outros níveis, como as internações evitáveis por causas sensíveis à atenção primária.

Evidências, porém, empregadas pelo setor suplementar para redesenhar seus serviços⁸.

É flagrante, assim, na PNAB revisada, a capitulação do Estado Brasileiro à pressão do privado para o sequestro de médicos de família e comunidade, em favor da construção do *managed access*⁹. Inexistência de indicativos de fixação e orientação de formação profissional, tratamento de vínculo profissional meramente como ajuste de carga horária, ausência de diálogo com instituições de ensino e nenhuma menção às especialidades médicas ou de enfermagem evidenciam a conciliação da Política com os setores do capital. Por sua vez, o mercado em saúde seduz o médico e o enfermeiro de família e comunidade por meio de virtual autonomia para suas práticas, destacando a prevenção quaternária e a gestão da clínica na obtenção de melhores desfechos, buscando multifacetar a atuação dos especialistas em seus serviços, enquanto pratica melhor remuneração, mesmo que à custa de vínculos empregatícios desprotegidos e sem qualquer perspectiva de integração a redes de cuidado ou ao fortalecimento do Sistema Único. Sem o protagonismo da política pública no ordenamento do emprego da especialidade no Sistema, o médico de família e o enfermeiro de família vinculados ao SUS serão filtros de uma imensa demanda desorganizada e vulnerabilizada de brasileiras e brasileiros desprotegidos, ou porteiros de um acesso gerencialista, que não possui vínculo ou comprometimento civilizatório suficientes com a realidade nacional.

Por intermédio da PNAB revisada, está posto de lado o debate, cada vez mais crítico e inadiável para os sistemas de saúde, como aponta o ‘World Health Report’ 2008¹⁰, a respeito da superação de modelos de atenção verticalizados e orientados por consumo tecnológico para combate de doenças e adoecimentos, para adoção de modelos de atenção centrados em pessoas está posto de lado a estruturação de acesso aos serviços de atenção primária para tentativa de acolhimento de

necessidades diárias, equitativamente distribuídos segundo vulnerabilidades aferidas por instrumentos respaldados. Está posta de lado a construção de outra racionalidade de cuidado, orientada pela horizontalidade e complementariedade de saberes, não restritos à capacidade de realizar intervenções sanitárias. Está posto de lado o papel indutor e fixador para novos recursos humanos para o SUS. Está ao centro a conciliação com um setor privado que deseja avançar na elaboração de serviços de cuidados de primeiro contato e que necessita da segmentação do Sistema e da conveniência do Poder Público para persistir com suas atividades.

O Governo Brasileiro, por meio da PNAB, optou por não enfrentar elementos críticos para a estruturação da APS no seio do Sistema Único. Mantendo inatacado o modelo de atenção, em verdade, fortalece o assédio da saúde privada e do acesso gerenciado e segmentado para a oferta de cuidado. O afrouxamento de possibilidades regulatórias por parte da Política para todo o território nacional indica claramente que a mediação com setores do capital sanitário será contraditória por todo o País, avançando, possivelmente, para a monopolização de serviços privados, nesse nível de atenção, por entidades e grupos de capital desnacionalizado, com centralização de sua oferta nos eixos urbanos conhecidos.

A população em geral permanecerá submetida a rotinas programatizáveis, de fácil consumo e baixo financiamento, pervertendo a ESF enquanto patrimônio do cuidado centrado em pessoas. A fixação de profissionais será dificultosa, e a orientação de formação de novos recursos humanos comprometidos com o Sistema Único dará espaço, unicamente, à disputa por remuneração individual entre o sistema público e o setor privado. Os consumidores de planos de saúde serão frequentemente descontextualizados de suas realidades societárias, não tendo espaço em seus planos de cuidado para formulações que contemplem o incentivo a novas formas

de organização social e superação de contradições dialéticas. O acesso a intervenções de alto custo será iníquo, não orientado por necessidades, mas pela censitarização do cuidado, como indica o iminente debate a respeito de contratação de franquias para copagamento.

O SUS deixará de ser indutor do processo civilizatório nacional e será legado, sem financiamento e com modelo de atenção

iníquo e inefetivo, ao cuidado segmentado do pobre. Enfrentar a PNAB, logo, significa não tolerar que os desfechos sanitários obtidos por 30 anos de regulamentação e busca pela efetivação do direito à Saúde, e pela regulamentação e busca do fortalecimento da ESF, sejam descartados por um Estado Nacional que concilia com o inconfessável e medeia com o inadmissível. ■

Referências

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8930):1129-1133.
2. Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. Bras. Epidem.* 2005 out; 8(2):205-218.
3. Campos GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev. Bras. Epidem.* 2005 out; 8(4):477-483.
4. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007; 334:19.
5. Agency for healthcare research and quality. Overdiagnosis in Prostate Cancer Screening Decision Models: A Contextual Review for the U. S. Preventive Services Task Force. Department of Health. 2017 abr; 17(5):1-42.
6. Orsag PR, Gluckman D. The medical marketplace is changing fast [internet]. Bloomberg. 2018 [acesso em 2018 abr 9]. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/view/articles/2018-04-09/the-medical-marketplace-is-changing-fast>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
8. Kidd M. A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Laboratório de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde; 2018.
10. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva. World Health Organization; 2008.

Recebido em 09/09/2018

Aprovado em 12/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil

More Doctors Program: mapping and analysis of academic production in the period 2013-2016 in Brazil

Maria Guadalupe Medina¹, Patty Fidelis de Almeida², Juliana Gagno Lima³, Débora Moura⁴, Ligia Giovanella⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S124

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br

²Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1676-3574>
pattyfidelis@id.uff.br

³Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), Instituto de Saúde Coletiva (Isco) – Santarém (PA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5576-0002>
julianagagno@gmail.com

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1526-4474>
deborah.moura@hotmail.com

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X>
ligiagianella@gmail.com

RESUMO Com o propósito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em 2013, estruturado em três eixos estratégicos. Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica no PMM, identificando a relevância dos estudos e seus efeitos para a política e elaborando uma síntese dos principais temas. A busca foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e na Plataforma de Conhecimento do PMM, sendo identificados 409 documentos. Após critérios de exclusão, selecionaram-se 47 artigos científicos. Os resultados mostraram que 55% dos estudos debruçaram-se sobre o eixo ‘provisão emergencial de médicos’, 32% apresentavam apreciações gerais da política, 4% trataram do provimento/infraestrutura e apenas 9% trataram da formação. Dos artigos selecionados, 22 foram considerados de alta e média relevância. Ademais, 32 publicações identificaram efeitos do PMM (29 identificaram efeitos positivos; e, em apenas 3, efeitos positivos e negativos foram equivalentes). Na análise temática, apareceram como destaque: equidade, eficácia, treinamento profissional, implementação do PMM, práticas e processos de trabalho, abordagem midiática e análise política do PMM. De natureza extensiva, as análises apontaram pistas sobre a direcionalidade do Programa, suas fragilidades e necessidades que se impõem para uma agenda de pesquisa para os próximos anos.

PALAVRAS-CHAVE Programa Mais Médicos. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Planos e programas de saúde. Brasil.

ABSTRACT *With the purpose of strengthening Primary Health Care (PHC) in Brazil, the More Doctors Program (PMM) was created in 2013, structured around three strategic axes. This study aimed to analyze the scientific production in the PMM, identifying the relevance of the studies and their effects to the policy and elaborating a synthesis of the main themes. The search was carried out in the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL) and in the Knowledge Platform of the PMM, with 409 documents being identified. After exclusion criteria, 47 scientific articles were selected. The results showed that 55% of studies focused on the ‘emergency doctors provision’ axis, 32% presented general policy assessments, 4% focused on provision/infrastructure and only 9% focused on training. Of the articles selected, 22 were considered of high and medium relevance. Furthermore, 32 publications identified the effects of the PMM (29 identified*



positive effects; and, in only 3, positive and negative effects were equivalent). In the thematic analysis, the following stand out: equity, efficacy, professional training, PMM implementation, work practices and processes, media approach and PMM political analysis. Of an extensive nature, the analyzes pointed out clues about the directionality of the Program, its weaknesses and needs that are required for a research agenda for the coming years.

KEYWORDS *More Doctors Program. Primary Health Care. Health evaluation. Health programs and plans. Brazil.*

Introdução

No Brasil, em um cenário de intensa pressão política e popular, em meados de 2013, o governo federal lançou o Programa Mais Médicos (PMM), institucionalizado pela Lei nº 12.871/2013¹. O PMM foi estruturado em três eixos estratégicos: i) mudanças na formação médica, com investimento na criação de vagas de graduação e residência e novos cursos de Medicina baseados em diretrizes curriculares revisadas; ii) ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e iii) provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros para a atenção básica em regiões com escassez de oferta, eixo da política denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹. O Programa veio como resposta institucional às manifestações de rua que colocaram em cena a priorização da saúde², buscando enfrentar o problema da escassez e difícil fixação de médicos no País, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻³.

Os problemas da escassez, distribuição e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e desfavorecidas são um desafio para a grande maioria dos países⁴. No Brasil, nas últimas décadas, observou-se um

reordenamento mais estratégico das políticas para a superação da insuficiente e inadequada provisão de profissionais de saúde com estratégias de ampliação da formação, capacitação profissional e valorização da força de trabalho em saúde⁵.

Outrossim, permaneciam, em 2013, acentuadas disparidades na distribuição regional de médicos no País e ainda dentro de cada região e estado, com concentração em capitais e centros urbanos de maior porte, em detrimento do interior, pequenos municípios e regiões menos desenvolvidas⁶. Naquele ano, o Brasil apresentava uma razão de 2,0 médicos registrados por mil habitantes, razão que se reduzia para 1,4 se considerados apenas os médicos atuantes no mercado formal, com elevada disparidade na distribuição entre estados, variando de 2,8/1000 hab. no Rio de Janeiro a 0,4 médicos no Maranhão, estado de menor desenvolvimento socioeconômico⁶. O PMMB pretendeu enfrentar a escassez de oferta e reduzir desigualdades na distribuição, para tanto, definiu áreas prioritárias de maior vulnerabilidade social para a provisão emergencial. Como a adesão de médicos brasileiros em programas de interiorização anteriores foi muito baixa, foi aberta a possibilidade de adesão de médicos

estrangeiros, que se realizou, principalmente, por meio de um acordo estabelecido com o governo cubano com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Até o ano de 2015, o PMMB incorporou na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) 18 mil médicos, sendo 79% cubanos.

A implementação do programa foi acompanhada, desde as etapas iniciais, por vigorosa produção acadêmica⁷ e iniciativas para divulgação e sistematização dos trabalhos. Essa produção, já bastante volumosa apesar do pouco tempo, justifica a realização de um esforço de sistematização, com vistas ao aperfeiçoamento da política e elucidação das possíveis contribuições do PMM para a consolidação da APS no Brasil.

Dessa forma, este artigo apresenta o mapeamento e análise da produção acadêmica sobre o PMMB desde sua institucionalização em 2013 até 2016, buscando caracterizá-la a partir de critérios específicos, identificar sua relevância e os efeitos da política e, sobretudo, elaborar uma síntese dos principais temas abordados.

Metodologia

Este trabalho sistematiza e analisa a produção científica sobre o PMMB. Embora tenham sido identificados relatórios de pesquisas e monografias, foram incluídos apenas os artigos empíricos publicados, inseridos em bases de dados bibliográficas de 2013 até a data de 15 de novembro de 2016.

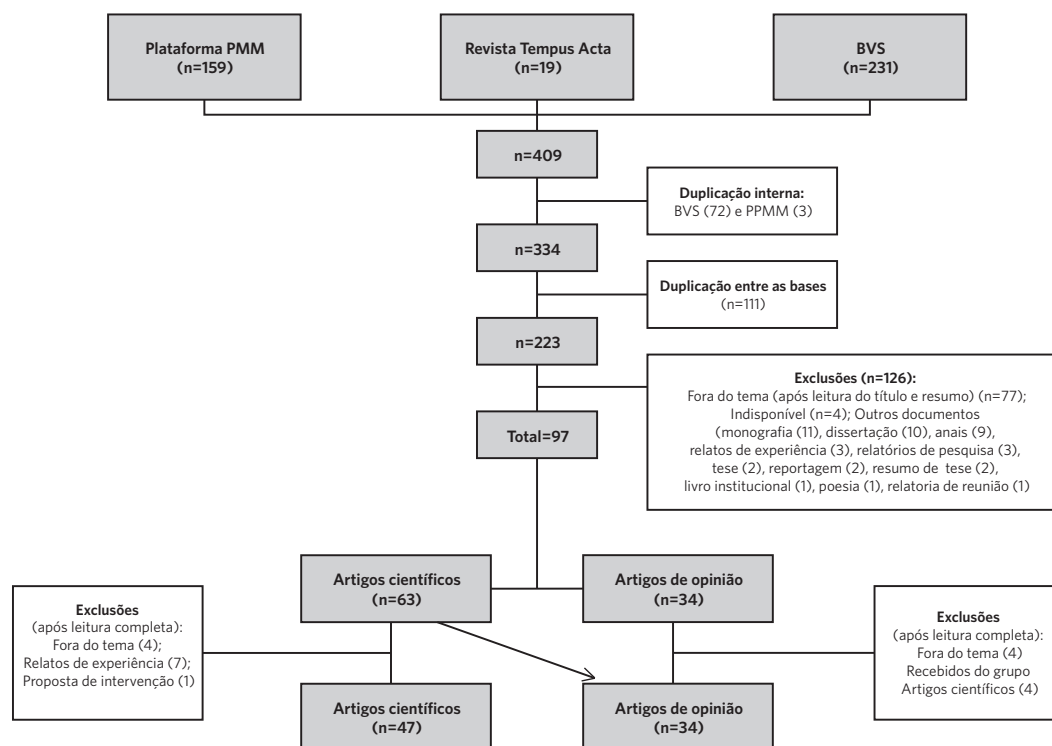
A busca dos documentos foi realizada no Portal Regional da Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS) e na Plataforma de Conhecimentos do PMM (Rede APS/Opas), além de incluir um número especial da 'Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva' sobre o PMM, uma vez que diversos artigos desse periódico não constavam em nenhuma das bases consultadas, naquele momento. Para a busca na BVS, foram utilizadas as sintaxes Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos no título ou no resumo da obra.

Foram identificados 97 artigos, classificados como 'artigo científico' (63) e 'artigo de opinião' (34). Foi denominado 'artigo científico' qualquer publicação em periódico indexado, resultante de estudo empírico com dados primários ou secundários, ou derivada de revisão de literatura, sistemática ou não sistemática, ou de revisão documental. Como 'Artigo de opinião', foi designada toda publicação editorial, entrevista ou debate, além daquelas explicitamente denominadas como tal, que manifestassem claramente juízos de valor ou pontos de vista sobre o PMM. Neste artigo, são apresentados os resultados do mapeamento e análise dos artigos científicos.

Após leitura dos 63 artigos científicos selecionados, 12 foram excluídos (fora do tema, relato de experiência, proposta de intervenção); e 4, redirecionados para o grupo de artigos de opinião, totalizando 47 artigos científicos analisados. Como o objetivo era uma revisão exaustiva da produção sobre o PMM, foram incluídos na análise todos os artigos, independentemente da relevância ou metodologia. A *figura 1* sumariza as etapas do processo de seleção e classificação das publicações.

Figura 1. Etapas do processo de seleção e classificação das publicações sobre o Programa Mais Médicos, Brasil, 2016



Fonte: Elaboração própria.

Para a análise dos 47 artigos científicos, foram realizadas sucessivas aproximações, de modo a contemplar uma apreciação extensiva e panorâmica do conjunto da produção, em um primeiro momento, e intensiva, em sequência, permitindo evidenciar suas principais contribuições à análise do PMM.

A análise extensiva incluiu a análise bibliométrica (ano de publicação, fonte de financiamento, periódico, instituição do primeiro autor, estado e região da instituição do primeiro autor), além de outras categorias, como abrangência do estudo, eixo da política, abordagem metodológica (tipo de estudo e sujeitos da pesquisa) e relevância e efeitos da política.

Para a análise da relevância, foram considerados os critérios: consistência dos achados a partir de critérios de qualidade implícitos, porém orientados por literatura

científica de apreciação de qualidade de estudos^{8,9}, robustez do estudo, originalidade da abordagem, contribuições potenciais para orientar os rumos da política, para identificar lacunas de conhecimento e novas questões de investigação.

Também foi realizada análise temática, agrupando-se os artigos por afinidade em sete categorias: equidade, efetividade, formação profissional, implementação, práticas e processo de trabalho, abordagem midiática e análise política. Os temas não foram definidos previamente, ao contrário, emergiram a partir dos estudos.

Todos os 47 artigos foram lidos e categorizados de forma independente pelas duas primeiras autoras, sendo discutidas e dirimidas as divergências de opinião, chegando-se a um consenso em relação à categorização do conjunto de artigos.

Resultados e discussão

Análise bibliométrica e de categorias selecionadas

A maior parte dos 47 artigos com resultados de estudos foram publicados em 2016 (70,2%), após três anos do início da implementação do PMM. O número especial do periódico 'Ciência & Saúde Coletiva' (v. 21; n. 9), de 2016, reúne a maior parte dos estudos empíricos sobre o Programa. A maioria (79%) não mencionou fontes de financiamento. Em seis artigos, houve referência a estudos financiados por um edital público federal. Os demais tiveram financiamento do Ministério da Saúde e de agências locais de fomento.

Em relação à instituição do autor principal, nove eram da Universidade Nacional de Brasília, seguida por três artigos de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais. As demais produções concentraram-se na região Sudeste (12), principalmente nos estados de Minas Gerais e São Paulo. Em apenas três artigos o pesquisador principal era vinculado à instituição de ensino da região Norte.

A maioria dos artigos analisados (55%) até 2016 tinha como foco o eixo 'Provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros'. Dos 47, 32% apresentavam análises gerais da política sem foco em um dos eixos como, por exemplo, análises jurídicas, midiáticas e de implementação. Apenas 4% tratavam do provimento e da infraestrutura (*quadro 1*).

Grande parte dos artigos (47%) apresentou resultados de estudos com abrangência nacional, utilizando, principalmente, bases de dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bases fornecidas pelo Ministério da Saúde com a distribuição dos médicos PMM, resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, entre outros. Em quase um terço dos casos a abrangência foi municipal, sendo menores os percentuais relativos

a outros recortes: 13%, 8,5% e 4%, respectivamente, para abrangência estadual, local e macrorregional (*quadro 1*).

Houve um equilíbrio entre as abordagens metodológicas com leve predomínio dos estudos qualitativos (47%). Se observada a distribuição ao longo dos quatro anos, identificam-se mudanças, com predomínio de estudos qualitativos nos primeiros anos e aumento dos quantitativos em 2016, com utilização de dados secundários e, alguns, com produção de dados primários a partir de inquéritos com profissionais e aplicação de instrumentos como o Primary Care Assessment Tool (PCATool) (*quadro 1*).

A maioria dos resultados dos artigos científicos (81%) foi proveniente de estudos empíricos com fontes de dados primários e/ou secundários. Identificaram-se três artigos classificados como 'ensaio jurídico' que analisavam questões relativas à constitucionalidade do PMM. Os artigos de revisão (13%) trataram da análise da produção sobre o PMM, das diretrizes do Programa, etapas iniciais de implementação, entre outros (*quadro 1*).

Dos 47 artigos científicos analisados, 16 (34%) utilizaram fontes primárias produzidas a partir de entrevistas, grupos focais e inquéritos. Médicos, usuários e gestores foram os principais sujeitos dos estudos. Ressalta-se o baixo número de estudos produzidos de fontes primárias, ou seja, com os atores envolvidos, o que pode ser explicado pelo curto tempo de implementação do PMM (*quadro 1*).

Os 47 artigos foram analisados quanto à relevância para a política e classificados em baixa, média e alta relevância. Do total, 22 foram considerados de alta e média relevância para a política. Aproximadamente metade (53%) dos artigos foi classificada como de baixa relevância, sobretudo em função de fragilidades metodológicas e conceituais. Alguns não analisavam o PMM, mas o utilizavam como caso para abordagem de outro tema, já outros descreviam estudos muito localizados, com discussões prescritivas e pouca apreciação crítica.

Os resultados apresentados nos artigos científicos também foram categorizados quanto aos efeitos do PMM: positivos, nulos ou negativos. Em parte dos artigos (32%) não foi possível identificar efeitos ou, então, o artigo não se propunha a avaliá-los, visto se tratar de revisões ou análises jurídicas. Para 32 artigos, foi possível identificar efeitos do

Programa nas mais diversas áreas. Destes, 29 (62%) identificaram efeitos positivos; e em apenas 3 (6%) os efeitos positivos e negativos eram equivalentes, sendo classificados como nulos. Em nenhum dos artigos analisados houve predomínio de resultados negativos (*quadro 1*).

Quadro 1. Análise dos artigos científicos sobre o PMM segundo eixo, metodologia (abrangência, abordagem, tipo de estudo, sujeitos) e efeitos da política, 2013-2016, Brasil

CATEGORIAS	n	%
Eixo do PMM (n=47)		
Provimento Emergencial	27	55,3
Formação	4	8,5
Infraestrutura e Provimento	6	4,3
Geral	10	31,9
Abrangência (n=47)		
Local	4	8,5
Município	13	27,6
Regional de Saúde	0	12,8
Estadual	6	4,3
Macrorregional	2	46,8
Nacional	22	100,0
Abordagem (n=47)		
Quantitativa	20	42,5
Qualitativa	22	46,9
Quantitativo/Qualitativo	5	10,6
Tipo de Estudo (n=47)		
Empírico	38	80,9
Revisão	6	12,8
Jurídico	3	6,3
Sujeitos (n=56)		
Usuários	6	10,7
Médicos PMM	7	12,5
Equipes de APS	3	5,4
Gestores	5	8,9
Representantes do Conselho Municipal de Saúde	1	1,8
Tutores/ supervisores	2	3,6
Estudantes de medicina	2	3,6
Não se aplica	30	53,5

Quadro 1. (cont.)

Efeitos (n=47)		
Positivo	29	61,7
Nulo	3	6,4
Não foi possível identificar/não avalia efeitos	15	31,9

Fonte: Elaboração própria.

Análise temática dos resultados: contribuições para o aperfeiçoamento da política

Os temas abordados pelos 47 artigos científicos foram agrupados nas seguintes categorias: equidade, efetividade, formação profissional, implementação, práticas e processo de trabalho, abordagem midiática, análise política e outros temas (percepção/satisfação de médicos intercambistas, infraestrutura das unidades de saúde), incluindo-se nesta categoria, também, um artigo de revisão que sistematizou vários artigos com diversas temáticas. A distribuição de artigos em função dos temas abordados pode ser observada no *quadro 2*.

Um dos aspectos mais estudados foi a equidade, tema debatido em 19 dos 47 artigos incluídos neste estudo. Foi analisada, sobretudo, a partir da investigação da distribuição do profissional médico nos municípios brasileiros, antes e depois da provisão emergencial, observando-se em que medida essa distribuição era coerente com as necessidades e prioridades identificadas. Os autores exploraram as mudanças por meio de análises antes e após a publicação da Lei nº 12.871/2013¹, observando-se estudos de abrangência nacional e estadual, com recortes regionais e municipais, e a apreciação das características dos territórios e unidades de saúde beneficiados pelo provimento. Sete estudos¹⁰⁻¹⁶ analisaram a estabilidade/rotatividade desses profissionais em municípios menores, zonas rurais, remotas, indígenas e quilombolas.

Outra forma de abordagem da equidade foi a mensuração da melhoria do acesso ou de redução das desigualdades de acesso a serviços de saúde, especialmente na APS. Em dez artigos^{13,16-24}, os autores utilizaram estratégias para estimar a realização de ações na atenção básica (agendamento, consultas, visitas, exames, encaminhamentos, promoção da saúde, como aleitamento materno e acompanhamento de grupos, entre outras) seja mediante indicadores produzidos pelos sistemas de informação, seja por relatos e entrevistas com usuários sobre a procura e oferta de serviços. A desoneração de municípios, sobretudo os mais vulneráveis, em relação aos gastos com provisão de médicos, também foi considerada um indicador de redução de iniquidades, sendo analisada em dois artigos^{15,25}.

O segundo tema mais abordado pelos artigos foi a efetividade do PMM, incluindo-se aqui não apenas efeitos terminais no estado de saúde das populações, mas também a percepção e satisfação dos usuários com o Programa. Ao todo, foram 10 artigos incluídos nessa categoria^{10,13,16,19,23,25-29}.

Metade dos artigos desse grupo se debruçou sobre efeitos terminais do PMM^{13,23,25,27,28}. Certamente, esse tipo de análise ficou limitado em função do pouco tempo de existência do Programa. Indicadores de internações por condições sensíveis à APS, como diarreia, gastroenterite e pneumonia, tradicionalmente utilizados como *proxi* da efetividade, foram utilizados em quatro estudos, todos com unidade de análise municipal^{13,23,25,27}. Muito embora a

maioria deles tenha apontado resultados positivos, a ausência de análises mais elaboradas com séries históricas e modelos com variáveis de controle consistentes sugere que esses resultados sejam tomados com certa cautela.

Apenas um artigo utilizou indicadores de mortalidade (morte evitável, morte prematura, por causa externa) além de baixo peso ao nascer, para analisar a efetividade do PMM²⁵. A análise de dados agregados, entretanto, não permite conclusões mais categóricas. Finalmente, um artigo analisou a efetividade do Programa por meio da utilização de critérios e dimensões adotadas no PCATool²⁸ comparando unidades com e sem o PMM em um município.

A percepção/satisfação dos usuários com o Programa foi analisada em cinco artigos^{10,16,19,26,29}. A aceitabilidade, o apoio local, a comunicação, o acesso, o acolhimento, a humanização, o cuidado, o modelo de atenção e a resolubilidade foram questões consideradas na análise da percepção/satisfação dos usuários, evidenciadas por intermédio de entrevistas, com resultados, em geral, positivos.

A dimensão da formação profissional foi avaliada em seis artigos³⁰⁻³⁵, sendo que apenas dois deles^{30,31} tomam como foco específico a regulação da força de trabalho médica – questão central da política no PMM –, mesmo assim, em um caso, apenas de forma tangencial³¹ com utilização de fontes secundárias. Nos demais, a abordagem foi qualitativa, e o objeto foi a experiência ou percepção de aprendizagem, seja de alunos de graduação^{34,35}, seja dos cursos de especialização ofertados para profissionais contratados pelo PMM^{32,33}.

Apesar dos impactos do PMM nos processos de formação profissional só poderem ser observados em médio e longo prazos, é importante chamar a atenção para a necessidade de investir mais nas avaliações dos processos em curso, especialmente quanto à direcionalidade da formação em relação aos propósitos da política, bem como possíveis efeitos secundários não previstos, a exemplo da intensificação da privatização da graduação médica, assinalado em um dos estudos.

A implementação do PMM foi foco central de investigação em quatro artigos^{15,22,24,36}. A abrangência da análise foi diversa nesses estudos, o que possibilitou, ainda que de forma incipiente, a captura de aspectos relacionados com o cenário e com o processo de implementação da política em âmbito nacional³⁶, estadual²², regional¹⁵ e municipal²⁴ a partir do olhar de diferentes atores sociais. A percepção dos atores e seus respectivos posicionamentos ante o Programa tiveram destaque como eixo de análise dos artigos.

Cinco estudos destacaram em sua abordagem as práticas e os processos de trabalho no cenário do PMM^{16,21,22,33,37}. As técnicas de análise foram prioritariamente qualitativas, à exceção de um estudo quantitativo³⁷, e as fontes de informação foram, principalmente, os próprios médicos: apenas os médicos vinculados ao programa em dois estudos^{33,37}; médicos e outros atores locais, da gestão, além de supervisores e tutores em um estudo²²; médicos, outros profissionais de saúde e usuários em um estudo¹⁶ e apenas outros profissionais da equipe em outro²¹. Em nenhum estudo houve observação direta das práticas.

Os estudos buscaram mapear tanto o leque e tipo de ações desenvolvidas (quantidade de procedimentos realizados, ações de promoção e prevenção, além das práticas de cuidado) quanto as formas de organização adotadas e as relações entre os médicos e outros profissionais, tentando inferir até que ponto tais mudanças apontavam para propostas alternativas de organização da assistência e prestação do cuidado ou reforçavam a manutenção do modelo biomédico, ao mesmo tempo que, buscaram verificar a tendência no alcance de diretrizes históricas do SUS, como integralidade e coordenação do cuidado.

A mídia foi tematizada em alguns artigos^{36,38-41}, sendo objeto de investigação seu papel enquanto ator social e enquanto veículo de divulgação do Programa. À exceção de um artigo³⁶, as estratégias metodológicas utilizadas nesses estudos se diferenciaram bastante das adotadas nos demais e, mesmo,

das abordagens usuais do campo da saúde. O conjunto apresenta uma perspectiva inovadora no tratamento analítico do Programa e mostra como o interesse pelo PMM extrapola o âmbito dos subsistemas de saúde e educação.

Um conjunto expressivo de artigos tomou como foco de análise o PMM enquanto política pública^{24,36,42-47}, realizando uma análise política do Programa sob diferentes óticas, referenciais teóricos e dimensões. Todos os estudos utilizaram como estratégia metodológica a análise documental (textos oficiais, literatura científica e jurídica), um deles incluindo, também, pesquisa em *sites* e mídia³⁶.

Debruçaram-se sobre o contexto de implantação do programa, os determinantes e condições de sua emergência no Brasil, a dinâmica e papel dos diferentes atores sociais, o debate sobre a constitucionalidade do Programa e o direito à saúde, as possíveis inovações e os desafios de sua implementação no País.

Outros temas pontuais emergiram, secundariamente e articulados a temáticas anteriormente mencionadas, sendo relacionados neste grupo. Cinco artigos trataram da infraestrutura das unidades de APS^{12,20,22,32,48}, e um artigo analisou a percepção/satisfação de médicos intercambistas³³.

Quadro 2. Análise temática dos artigos científicos sobre o Programa Mais Médicos, 2013-2016, Brasil

Resultados segundo tema e subtemas	Pereira e col., 2009 ¹⁶	Santos e col., 2016 ¹⁰	Vargas e col., 2016 ¹⁷	Silva Jr e col., 2016 ³⁰	Alencar e col., 2016 ¹⁸	Melo e col., 2016 ¹⁹	Alessio e Sousa, 2016 ³¹	Macedo e col., 2016 ³⁶	Girardi e col., 2016 ¹¹	Lima e col., 2016 ²⁰	Giovanella e col., 2016 ¹²	Soares Neto e col., 2016 ⁴⁸	Oliveira e col., 2016 ¹⁶	Comes e col., 2016 ²¹	Girardi e col., 2016 ³⁷	Comes e col., 2016 ²⁶	Lotta e col., 2016 ⁴²	Carvalho e col., 2016 ⁶⁵	Kemper e col., 2016 ⁶⁷	Lima e col., 2016 ²⁰	Thumé e col., 2016 ³²	Gonçalves e col., 2016 ²⁷	Terra e col., 2016 ³³	
Equidade	◆	◆	◆	◆	◆	◆			◆	◆	◆	◆	◆	◆										
- cobertura e distribuição de médicos	*								*		*	*	*											
- acesso a serviços / ações de saúde / produção de serviços			*	*	*					*					*									
- estabilidade / rotatividade de médicos		*							*		*													
- desoneração de municípios em relação a gastos com provisão de médicos																								
Efetividade		◆				◆									◆								◆	
- indicadores macroestruturais de desempenho da APS																								
- indicadores de mortalidade																								
- indicadores de internações por condições sensíveis à APS																						*		
- critérios e indicadores do PCATool																								
- percepção/satisfação dos usuários		*				*								*										
Formação profissional				◆			◆															◆	◆	
- regulação da força de trabalho				*			*																	
- graduação				*																				
- residência médica				*			*																	
- especialização																					*	*		
Implementação								◆																
- cenário de implementação								*																
- processo de implementação								*																

Quadro 2. (cont.)

	Miranda e Melo, 2016 ¹³	Carrer e col., 2016 ²⁸	Silva e col., 2016 ²⁹	Mendonça e col., 2016 ²⁵	Mota e col., 2016 ²²	Nogueira e col., 2016 ¹⁴	Silva e col., 2016 ²³	Mendonça e col., 2016 ¹⁵	Pinto e Amaral, 2016 ³⁸	Pereira e col., 2015 ¹⁶	Collar e col., 2015	Silva e Sousa, 2015 ²⁴	Luz e col., 2015 ³⁹	Couto e col., 2015 ⁴³	Morais e col., 2014 ⁴⁰	Pinto e col., 2014 ⁴⁴	Kamikawa e Motta, 2014 ⁴⁵	Garcia e col., 2014 ⁴⁶	Landim, 2013 ⁴¹	Silva e Santos, 2015	Cerqueira e Alves, 2016 ⁴⁷	Souza e Paulette, 2015	Santos e col., 2015 ³⁴	Sena e col., 2015 ³⁵
Práticas e Processo de trabalho															◆	◆								
- escopo das práticas das EqSF															◆	◆								
- organização / inovações do PT															◆	◆								
- coordenação do cuidado															◆	◆								
- relações entre profissionais da AB															◆	◆								
Abordagem midiática																								
- posicionamento dos atores midiáticos																								
- participação política por meio do Facebook/outras mídias digitais																								
- valores veiculados pela mídia																								
Análise política do PMM																								
- arranjos institucionais e articulação de atores																								
- instrumentos da política ou do programa																								
- direito à saúde																								
- constitucionalidade																								
Outros temas																								
- percepção/satisfação dos médicos intercambistas																								
- infraestrutura das unidades de APS																								
Resultados segundo tema e subtemas																								
Equidade	◆																							
- cobertura e distribuição de médicos																								
- acesso a serviços / ações de saúde / produção de serviços	◆																							
- estabilidade / rotatividade de médicos	◆																							
- desoneração de municípios em relação a gastos com provisão de médicos																								
Efetividade	◆	◆	◆	◆																				
- indicadores macroestruturais de desempenho da APS																								
- indicadores de mortalidade																								
- indicadores de internações por condições sensíveis à APS	◆																							
- critérios e indicadores do PCATool																								
- percepção/satisfação dos usuários																								
Formação profissional																								
- regulação da força de trabalho																								
- graduação																								
- residência médica																								
- especialização																								
Implementação																								
- cenário de implementação																								
- processo de implementação																								

Quadro 2. (cont.)

Práticas e Processo de trabalho	◆	◆				
- escopo das práticas das EqSF	✱	✱				
- organização / inovações do PT	✱	✱				
- coordenação do cuidado	✱					
- relações entre profissionais da AB	✱					
Abordagem midiática		◆	◆	◆	◆	
- posicionamento dos atores midiáticos			✱	✱		
- participação política por meio do Facebook/outras mídias digitais						✱
- valores veiculados pela mídia		✱				
Análise política do PMM			◆	◆	◆	◆
- arranjos institucionais e articulação de atores			✱			
- instrumentos da política ou do programa				✱	✱	✱
- direito à saúde					✱	✱
- constitucionalidade						
Outros temas	◆					
- percepção/satisfação dos médicos intercambistas						
- infraestrutura das unidades de APS	✱					

Fonte: Elaboração própria.

APS - Atenção Primária à Saúde; EqSF - Equipe de Saúde da Família; PT - Processo de Trabalho.

Considerações finais

Este artigo teve como propósito sistematizar a produção científica sobre o PMM no Brasil, caracterizando os principais estudos publicados entre 2013 e 2016. A pujança da produção, envolvendo pesquisadores das mais diversas instituições de pesquisa do País, foi um indicativo da importância dessa política no contexto nacional.

O PMM foi desenhado como uma política voltada para o fortalecimento da APS, pretendendo conferir materialidade ao direito à saúde e ao acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Foi concebido, portanto, como um projeto articulado ao sistema público, incorporando as diretrizes fundamentais do SUS e do modelo de organização da atenção básica.

De natureza extensiva, as análises empreendidas foram capazes de apontar algumas pistas sobre a direcionalidade do PMM

e suas fragilidades. O preenchimento de vazios assistenciais, mediante o provimento de médicos, constitui-se em um dos eixos do Programa, incapaz de, isoladamente, alterar as condições materiais da oferta de serviços de APS no Brasil. O eixo provimento emergencial concentrou a maior parte das publicações até o ano de 2016. Foi em torno desse eixo, também, que se concentraram os holofotes da mídia e os maiores investimentos financeiros e humanos de recursos destinados ao Programa.

Embora a Lei nº 12.871¹ enfatize mudanças, sobretudo, na graduação e residência dos cursos de medicina, e que vários autores⁴⁹⁻⁵² apontem a formação como um dos campos mais vigorosos para promover mudanças sustentáveis na provisão de profissionais, dos 47 artigos analisados, apenas 4 trataram da formação. Além do número insuficiente de médicos atuando na APS e da desigual distribuição, a formação e qualificação representa um dos maiores desafios para

o SUS e uma das medidas mais estruturantes, capaz de fornecer uma base sustentável para manutenção e continuidade das mudanças viabilizadas a partir do PMM. Nesse sentido, a investigação sobre os processos de formação deve estar presente de forma prioritária nas agendas de pesquisa.

Outro eixo do programa pouco presente nas publicações refere-se à infraestrutura das UBS, aspecto também apontado como essencial para qualificação da APS e diminuição da rotatividade de médicos^{51,53} e para a ampliação do escopo das práticas das equipes de atenção básica³⁷. Apenas dois artigos^{12,48} trataram das condições de infraestrutura das UBS por meio de tipologias, relacionando-as com a distribuição dos médicos do PMM.

Não foi propósito deste artigo aprofundar a análise dos resultados produzidos pelo PMM. Ainda assim, foi possível consolidar o tipo de efeito observado (positivo, negativo ou nulo) nos estudos realizados, e constatar a consistência dos achados, uma vez que

em apenas três artigos houve menção de efeitos negativos, balanceados com os positivos. Mesmo considerando a incipiência do PMM e a necessidade de aprofundamento de estudos metodologicamente criteriosos, é inegável que tais evidências atestam o êxito da política. Nesse sentido, os resultados dos estudos se constituem em um bom argumento para aqueles que apostam na continuidade do Programa, especialmente em um cenário marcado por políticas impopulares e de austeridade, como o que atravessa, hoje, o Brasil.

Colaboradores

Medina MG e Almeida PF foram responsáveis pela concepção da pesquisa, produção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Lima JG e Moura D foram responsáveis pela produção, análise e interpretação dos dados. Giovanella L colaborou com a redação e a revisão final do artigo. ■

Referências

1. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. RECIIS. 2015 out-nov; 9(4):1-14.
3. Molina J, Suárez J, Cannon LRC, et al. O Programa Mais Médicos e as redes de atenção à saúde no Brasil. Divulg Saúde Debate. 2014 out; 52:190-201.
4. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. Cad Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1924-1926.
5. Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde debate. 2013 jul-ago; 37(98):372-387.
6. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. Cenários e indicadores de distribuição. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Conselho Federal de Medicina (CFM) [relatório de pesquisa]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva; 2013. v. 2. 282 p.
7. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciênc Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2781-2792.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007 dez; 19(6):349-357.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoSMed. 2009 jul; 6(6):e1000097.
10. Santos MAM, Souza EG, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho. Rev Eletrôn Gestão Soc. 2016 maio-ago; 10(26):1327-1334.
11. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Colet. 2016; 21(9):2673-2682.
12. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2695-2706.
13. Miranda AS, Melo DA. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2833-2844.
14. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Leite, AFB. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2885-2894.
15. Mendonça FF, Mattos LFA, Oliveira EBD, et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. Ciênc Saúde Colet. 2016 set; 21(9):2903-2911.
16. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades Quilombolas. Rev Associação Bras Pesquisadores Negros. 2015 mar-jun; 7(16):28-51.
17. Vargas AFM, Campos MM, Vargas DS. O risco dos extremos: uma análise da implantação do Programa Mais Médicos em um contexto de volatilidade orçamentária. Rev Eletrôn Gestão Soc. 2016 maio-ago; 10(26):1313-1326.
18. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, et al. Im-

- pacto do Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Rev Eletrôn Gestão Soc.* 2016 maio-ago; 10(26):1290-1301.
19. Melo CF, Baião DC, Costa MC. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Rev Eletrôn Gestão Soc.* 2016 maio-ago; 10(26):1302-1312.
 20. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2683-2694.
 21. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integridade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2727-2736.
 22. Mota RG, Barros NF. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2879-2888.
 23. Silva BP, Stockmann D, Lúcio DS, et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2895-2902.
 24. Silva RJO, Sousa D. O programa mais médicos na perspectiva dos atores sociais responsáveis por sua implantação e dos beneficiários no município de Boqueirão, PB. *REUNIR.* 2015, 5(3):59-75.
 25. Mendonça CS, Diercks MS, Kopittke L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2867-2874.
 26. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2745-2755.
 27. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OU, et al. Programa Mais Médicos para o Brasil no Nordeste: avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2811-2820.
 28. Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no Oeste do Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2845-2856.
 29. Silva TRB, Silva JV, Pontes AGV, et al. Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2861-2869.
 30. Silva Junior AG, Andrade HS, Alexandre GC, et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). *Rev Eletrôn Gestão Soc.* 2016 maio-ago; 10(26):1347-1359.
 31. Alessio MM, Sousa MF. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis.* 2016; 26(2):633-667.
 32. Thumé E, Wachs LS, Soares MU, et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2803-2810.
 33. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, et al. Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Ciênc Saúde Colet.* 2016 set; 21(9):2821-2832.
 34. Santos BEF, Sena IS, Alves CP. Avaliação discente sobre interação ensino, serviços e comunidade em equipes de saúde integradas ao programa mais médicos em estado da Amazônia. *Tempus.* 2015 dez; 9(4):123-136.
 35. Sena IS, Guerreiro LC, Ribeiro AC, et al. Percepções de estudantes de medicina sobre a experiência de aprendizado na comunidade dentro do programa

- mais médicos: análise de um grupo focal. *Tempus*. 2015 dez; 9(4):81-95.
36. Macedo AS, Alcantara VC, Silva LFS, et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad EBAPE*. 2016 jul; 14(esp):593-618.
 37. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2737-2746.
 38. Pinto JP, Amaral D. Corpos em trânsito e trajetórias textuais. *Rev Anpoll*. 2016; 1(40):151-164.
 39. Luz C, Cambraia CN, Gontijo ED. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. *Trad Term*. 2015 ago; 25:199-233.
 40. Moraes I, Alkmin D, Lopes J, et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa Mais Médicos? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(esp.2):107-115.
 41. Landim IC. Um estudo sobre a relação entre a democracia digital e a participação política a partir do debate sobre o Programa Mais Médicos no Facebook. *Rev Eletrôn Programa Pós-Grad Mídia Cotidiano*. 2013; 3(3):538-561.
 42. Lotta GS, Galvão M CCP, Favareto AS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2757-2768.
 43. Couto MP, Salgado ED, Pereira AE. Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova Política Pública de Saúde no Brasil. *Tempus*. 2015 dez; 9(4):97-113.
 44. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg saúde debate*. 2014 out; 51:105-120.
 45. Kamikawa GK, Motta ID. Direito à saúde e estudo da política pública do Programa Mais Médicos. *Rev Jur Cesumar*. 2014; 14(2):341-367.
 46. Garcia B, Rosa L, Tavares R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do programa e evidências acerca de seu sucesso. *Inform FIPE*. 2014 mar; 402:26-36.
 47. Cerqueira JP, Alves SMC. A Constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Cad Ibero-American Direito Sanit*. 2016 abr-jun; 5(2):91-107.
 48. Soares Neto JJ, Machado MH, Alves CB. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2707-2716.
 49. Ferla A, Possa LB. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? *Interface Comun Saúde Educ*. 2013 out-dez; 17(47):927-928.
 50. Feuerwerker LCM. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! *Interface Comun Saúde Educ*. 2013 out-dez; 17(47):929-930.
 51. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008 mar-abr; 42(2):347-368.
 52. Chaves SE, Ceccim RB. Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens. *Interface Comun Saúde Educ*. 2015 out-dez; 19(55):1233-1242.
 53. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012, 22(4):1293-1311.

Recebido em 31/05/2018

Aprovado em 25/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação

Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies

Charles Dalcanale Tesser¹, Armando Henrique Norman², Tiago Barra Vidal³.

DOI: 10.1590/0103-11042018S125

RESUMO Sistemas de saúde universais orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados para a população. Este artigo apresenta a situação do acesso ao cuidado na APS brasileira, seus problemas, desafios e estratégias para sua superação. Realizou-se uma revisão narrativa, incluindo estudos quali e quantitativos. O acesso na APS aumentou com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas ainda permanece insuficiente. As principais barreiras ao acesso incluem: subdimensionamento/subfinanciamento da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade (MFC), com pouca interiorização/fixação, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (hipertensos, puericultura etc.). Para melhorar o acesso, é necessário aumentar o investimento federal na ESF, priorizando-a e expandindo-a, reduzir os usuários vinculados às equipes, ampliar a formação médica em MFC, explorar a clínica da enfermagem, diversificar os meios de comunicação com usuários, explorar a cogestão da equipe e flexibilizar as agendas dos profissionais. Conclui-se que, para fortalecer a APS, é estratégico estimular o acesso na ESF vinculado ao cuidado longitudinal.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Universal health systems oriented by Primary Health Care (PHC) present better population outcomes. This article addresses the situation of access to care in Brazilian PHC. A non-systematic narrative review was carried out, which included published studies and empirical experiences in several services and municipalities. Three thematic axes guide the present study: (1) Current access situation in Brazilian PHC; (2) Problems and challenges; and (3) Strategies for expanding access in PHC. Research shows that access to PHC increased with the expansion of the Family Health Strategy (FHS), but still remain insufficient. The main barriers to access include: undersizing and underfunding of PHC, excessive patient-list linked to FHS teams, reduced number of specialist physicians, difficulty in interiorizing/fixing FHS professionals, and excessive municipal autonomy in the management of PHC services. To improve and qualify the access in PHC, it is necessary to increase federal investments, expand FHS coverage, reduce patient-list linked to FHS teams,*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública - Florianópolis (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0650-8289>
charles.tesser@ufsc.br

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Clínica Médica - Florianópolis (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5267-7377>
a.h.norman@ufsc.br

³Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6103-9625>
tbvidal@gmail.com



increase medical training in family and community medicine, optimize nursing clinics, diversify communication media with users, and enhance appointment flexibility. In conclusion, to strengthen PHC it is strategic to stimulate access to longitudinal care.

KEYWORDS *Primary Health Care. Health services accessibility. Unified Health System.*

Introdução

Há 40 anos, a Declaração de Alma Ata¹ estimulou a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. A APS requer melhorias sociais amplas. Pressupõe a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento social, com ação intersetorial para enfrentar os determinantes sociais da saúde-doença (entre eles, a distribuição das riquezas é muito importante), maior democratização e participação social e o acesso universal a uma rede de serviços de assistência à saúde^{2,3}, doravante chamados Centros de Saúde (CS). Estes realizam o primeiro contato dos cidadãos com o sistema de saúde. Os profissionais dos CS são geralmente generalistas, resolvem a grande maioria dos problemas de saúde da população e exercem a função de ‘filtro’ (*gatekeeper*)⁴, regulando e coordenando o acesso não emergencial dos usuários a outros serviços do sistema.

Há robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de saúde baseados em APS: melhores indicadores de saúde⁵⁻⁸, especialmente infantis⁵; redução dos anos potenciais de vida perdidos⁶; maior acesso e qualidade assistencial a serviços de saúde^{7,8}; melhor desempenho na prevenção das doenças e promoção da saúde⁸; melhor desempenho dos sistemas de saúde, com menos gastos e menos internações por vários problemas⁶⁻¹⁵; melhoria dos níveis de saúde das

populações^{6-8,13,16} e redução das iniquidades em saúde^{8,9}.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a APS ou atenção básica está presente na legislação do SUS contida na diretriz ‘hierarquização’. As normativas atuais convergem para seu papel fundamental de porta de entrada principal e coordenadora da rede de atenção à saúde^{17,18}. A descentralização/municipalização do SUS conferiu autonomia aos municípios na gestão dos serviços de APS, gerando grande heterogeneidade desses serviços^{19,20}.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), depois Estratégia Saúde da Família (ESF), significou uma indução financeira federal exitosa de ampliação e organização de equipes de APS. Com a ESF, equipes com médicos, enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (opcionalmente dentistas/auxiliares) passaram a realizar trabalho clínico, preventivo e promocional, vinculadas a usuários territorialmente definidos. A ESF expandiu-se inicialmente mais no interior e em pequenas cidades. As grandes cidades e capitais (salvo exceções) implantaram mais tardiamente a ESF e converteram menos seus CS à ESF²¹. Mesmo assim, a ESF expandiu-se e transformou-se no principal formato brasileiro de equipes de APS, mas não viabilizou uma cobertura universal, como se verá adiante.

Não há dúvida sobre a superioridade da ESF em relação aos CS sem ela. Em 2012,

revisão de Mendes²² não encontrou nenhum estudo evidenciando benefício para o modelo tradicional em relação à ESF. Igualmente, nenhuma pesquisa abordada neste artigo (ou de que temos ciência) mostrou vantagens dos CS sem ESF em relação aos com ESF, o que converge com a sistematização de evidências de Fachini et al.²³ em 2014. A ESF tem melhor desempenho quanto à integralidade, orientação comunitária e familiar²⁴, acesso²⁵ e utilização dos serviços^{26,27}; maior satisfação de usuários e profissionais^{28,29}; maior equidade^{30,31}; maior utilização de atendimento domiciliar^{32,33}; melhor consciência da população sobre as doenças crônicas³⁴; melhor assistência materno-infantil^{35,37}. Ela está mais presente em locais mais afastados, pobres e com pior infraestrutura. Sua capilaridade facilita o acesso da população socialmente vulnerável³⁰. A ESF melhorou o desempenho do SUS e as condições de saúde²²: redução da mortalidade infantil³⁸⁻⁴⁰, da mortalidade adulta⁴¹, associou-se a aumento da frequência escolar e da oferta de trabalho e emprego em adultos⁴⁰, a melhorias na qualidade das informações sobre as causas de morte⁴² e à diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à APS⁴³⁻⁴⁷.

Para a APS prover e coordenar efetivamente um cuidado longitudinal, abrangente (integral) e orientado à família e comunidade, o acesso ao cuidado é condição *si ne qua non*⁴⁸. No Brasil, apenas a ESF aproxima-se disso, mas a APS nunca teve regra clara para a provisão de acesso oportuno, em escala nacional ou em contextos locais⁴⁹.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é apresentar um panorama sintético da situação do acesso ao cuidado na APS, apontar problemas e desafios e sugerir estratégias para sua superação. Realizou-se uma revisão narrativa assistemática que incluiu estudos quali e quantitativos. Devido à ausência de dados sistematizados nacionais sobre acesso na APS, foram considerados estudos locais e enfatizados aspectos organizacionais mais estudados no País.

Para facilitar a apresentação, não foi feita a distinção proposta por Starfield⁵⁰ entre acesso e acessibilidade, cujos significados foram englobados no termo ‘acesso’. Tampouco esgotamos as várias dimensões do acesso (geográfica, política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, conforme Assis e Jesus⁵¹), embora nossas proposições transpassem várias delas.

Acesso na APS: situação atual

Na conformação atual do acesso na APS, uma diretriz nacional merece menção: o ‘acolhimento’^{52,53}. Nascido em contexto de comum degradação da relação entre serviços e usuários, associado à precariedade do acesso, o acolhimento visa resgatar a relação de solidariedade profissional-usuário e a agilidade do acesso na APS. Ele orienta a prática de escuta empática de todos os usuários nos serviços de APS, com negociação entre profissionais, visando aumentar a equidade, a resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento. O acolhimento tem estimulado a prática clínica da enfermagem e o trabalho em equipe, a desburocratização organizacional e a melhoria do acesso⁵⁴⁻⁵⁶.

Quanto à situação atual do acolhimento, todavia, a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, a ausência de capacitação e de espaços democráticos para reorganizar o processo de trabalho têm colocado em questão a potencialidade dessa diretriz⁵⁴. Há grande heterogeneidade de práticas sob essa designação, desde distribuição de fichas ou senhas para organizar a fila⁵⁷, incluindo seleção de quem vai preencher as vagas destinadas à ‘demanda espontânea’ nas agendas, até conversa coletiva da equipe com usuários na primeira hora do turno, seguida de negociações individuais e atendimentos clínicos⁵⁸.

Quanto à cobertura da APS brasileira, a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde⁵⁹

mostrou que 72% da população não tem planos de saúde privados; 56% desta está cadastrada em uma equipe de saúde da família; 60% dos respondentes que foram atendidos em algum serviço ambulatorial, o foram no SUS; e mais na APS em relação às pesquisas anteriores. Os dados do Ministério da Saúde são convergentes: estimando 3 mil usuários por equipe de saúde da família, as 42.855 equipes implantadas até 05 de abril de 2018⁶⁰ cobrem 62,4% da população brasileira, sem menção aos CS sem ESF. Embora não se saiba que proporção da população atendida pela APS é atendida na ESF, Bousquat et al.⁶¹, a partir de dados do censo de unidades básicas de saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção – PMAQ-AB – de 2012 realizado, que computou 38.812 unidades, em 5.543 municípios, identificaram que em 77% deles havia alguma equipe da ESF com ou sem equipe de saúde bucal.

Várias pesquisas locais foram publicadas sobre acesso/acolhimento, com métodos qualitativos e quantitativos. Embora a ESF tenha ampliado o acesso⁶²⁻⁶⁴, há consenso de que ele ainda é insuficiente no País⁶⁵, mesmo em locais onde a ESF já está estabelecida⁶⁶⁻⁶⁸. As pesquisas qualitativas mostram dificuldade no acesso, com tempo de espera para atendimento demorado, levando uma ou várias semanas para a maioria dos serviços^{65,66,69-71}, com persistentes problemas de acolhimento na sua dimensão relacional^{72,73}.

Os estudos quantitativos também convergem. A maioria deles utiliza o Primary Care Assessment Tool (PCATool). O PCATool é internacionalmente reconhecido como instrumento que mensura os atributos da APS – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural⁵⁰ – e foi validado para a realidade brasileira⁷⁶. Avaliado pelo PCATool em vários locais, o acesso é o atributo da APS com pior avaliação, na ESF e fora dela^{68,75-81}, sendo geralmente superior na ESF em relação aos CS

sem ESF^{82,83}, e melhor em alguns locais do Sudeste^{55,71}. No PCATool, o atributo ‘acesso de primeiro contato’ possui duas subdimensões avaliadas: acessibilidade e utilização. Os baixos escores do acesso se dão principalmente na subdimensão acessibilidade, composta por várias perguntas relativas à facilidade de obtenção de, por exemplo: atendimento no mesmo dia em caso de adoecimento; aconselhamento rápido por telefone se precisar; agendamento de uma consulta de revisão; agendamento de uma consulta no serviço etc. Essa subdimensão identifica se o serviço de saúde é facilmente acessível e disponível.

Como síntese geral, as pesquisas disponíveis indicam que o acesso é ruim, e isso se reflete nos demais atributos da APS e na efetividade do SUS.

Problemas e desafios

De acordo com Conill⁸⁴, o acesso permanece como um nó crítico da APS brasileira, com vários problemas associados comprometendo-o. Há concordância nas pesquisas quanto à excessiva população vinculada às equipes da ESF, piorando diretamente o acesso. Há grande centralização no atendimento médico, embora Campos et al.⁸⁵ apontem que nenhum sistema universal de saúde do mundo funciona sem garantir, com agilidade, o acesso ao médico generalista. Por exemplo, o National Health Service britânico provê a seus usuários acesso a um profissional médico em no máximo dois dias úteis⁸⁶.

Um problema comumente envolvido na precariedade do acesso é a priorização de grupos considerados preferenciais: grávidas, hipertensos, puericultura etc. A ênfase na prevenção da APS brasileira se associa com a virada preventivista da medicina contemporânea, gerando iniquidades e acirrando problemas de acesso^{48,49,87-89}. Tal ênfase induz excesso e ou precária fundamentação de atividades preventivas individuais, que

têm alto potencial de danos iatrogênicos e sobremedicalização do cuidado⁹⁰, como rastreamentos de câncer de colo de útero anuais e de câncer de próstata em qualquer idade⁹¹, rastreamentos anuais de câncer de mama (e em menores de 50 anos em qualquer periodicidade)⁹², exames de sangue urina e fezes de rotina em crianças⁹³, consultas médicas de rotina⁹⁴ etc.

Outro problema da APS brasileira é a sua burocratização, traduzida em horários restritos, prejudicando os usuários que trabalham e que poderiam utilizar os serviços no horário de almoço ou após as 17 horas⁹⁵; profissionais administrativos nas recepções com pouca competência comunicativa; pouca agilidade administrativa ante as atuais tecnologias, como telefone, correio eletrônico e comunicadores digitais, exigindo-se a presença dos usuários para obter qualquer informação/orientação ou resolver qualquer demanda^{56,66}.

Os problemas acima apontados geram uma cultura institucional e rotinas de contato usuário-equipe apenas presenciais, que sustentam recepções problemáticas, rígidas e pouco adaptáveis às necessidades dos usuários, criando comumente um ‘fechamento’ dos serviços, proteção dos profissionais do excesso de demanda e precarização do acesso.

Quanto ao acolhimento, tem sido percebido pelos profissionais como mais uma tarefa entre outras. Tende a causar sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflito nas equipes, sobretudo quando ações de ampliação de acesso são desenvolvidas⁵⁶. As dificuldades para sua operacionalização incluem: excessivo número de usuários vinculados às equipes da ESF; falta de ambiência, de recursos básicos, infraestrutura e de formação para o trabalho na APS; insuficiência de profissionais e poucos espaços para discussões e fortalecimento do trabalho em equipe^{96,97}. O acolhimento não é de fácil operacionalização e foi considerado uma tecnologia assistencial incipiente por Sisson et al.⁷⁰, se é que deve ser assim considerado⁴⁹. De todo modo, o acolhimento é sinérgico com a ampliação

do acesso, destacando que deve ser ágil e altamente empático. Bem trabalhado, o acolhimento aumenta a reciprocidade e harmonia na equipe⁹⁸, necessários para um bom acesso.

A escassez de médicos na APS com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), sua concentração em grandes áreas urbanas e a sua grande rotatividade nos serviços indiretamente prejudicam o acesso (pela falta de profissionais e pelo não conhecimento dos usuários, tornando os atendimentos mais trabalhosos). Havia, em 2017, 5.438 mil médicos de família e comunidade no Brasil⁹⁹, 3.341 com residência em MFC e o restante somente com título de especialista; o que é pouco mais de 10% dos médicos da ESF. Os com residência em MFC são 7,8% dos médicos da ESF, e menos de 1% dos 452.801 médicos do País em 2018¹⁰⁰. Em comparação grosseira, na Inglaterra, havia, em 2009, quase 0,8 generalistas (*General Practitioners* ou GP) por mil habitantes¹⁰¹. Supondo os GP equivalentes aos MFC brasileiros, o Brasil tem aproximadamente 0,026 MFC por mil habitantes (5.438/209 milhões), proporcionalmente 31 vezes menos médicos com titulação em MFC e 50 vezes menos médicos com residência específica para atuação na APS.

O financiamento federal da APS é um grande problema, pois o SUS não tem recebido suficiente aporte financeiro federal para alcançar a universalidade¹⁰². Em relação ao financiamento da APS, a participação proporcional dos gastos federais vem diminuindo, enquanto o gasto municipal, vinculado à APS, vem aumentando¹⁰³.

Estratégias para ampliação do acesso na APS

Diante da precariedade do acesso e do subdimensionamento da rede de serviços de APS, várias estratégias associadas se impõem para sua melhoria, abordadas sinteticamente a seguir.

‘Aumento de cobertura e redução da

população vinculada às equipes da ESF'. A ESF deve ser priorizada como o formato da APS brasileira, por ser o melhor modelo testado nacionalmente e o que mais facilitou a concretização dos atributos da APS. Infelizmente, as recentes mudanças ocorridas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 diminuíram a importância da ESF no conjunto da APS¹⁰⁴. É necessário ampliar a cobertura da APS via ESF e diminuir a população vinculada a cada equipe. Estimando que 25% da população adulta adoce e procura ajuda profissional em um mês¹⁰⁵, e que um médico atende a aproximadamente 500 pessoas por mês, o que significa mais de 500 consultas (com a enfermeira fazendo uma parte desse atendimento), os ingleses determinam como máximo de pessoas vinculados a um generalista 2 mil usuários, sendo a média menor que isso⁴⁹. Quase todos os países com APS estruturada acompanham esse padrão^{106,107}.

'Conversão para a ESF'. A consensual superioridade da ESF demanda priorizar a conversão progressiva dos CS sem ESF para ela. Isso demanda investimento federal tanto em normativas pró-ESF quanto em recursos financeiros, que podem induzir a conversão, ao contrário da direção da PNAB de 2017. Dada a concentração tributária na União, é imprescindível que esta aumente os repasses para os municípios privilegiando a ESF. Uma estratégia possível de facilitação da conversão para a ESF seria a indução da construção de vínculo longitudinal equipes-usuários nos CS sem ESF. Por exemplo, esses serviços poderiam ser adaptados por meio de listas de usuários vinculados a equipes. Outra estratégia possível para reforçar a ESF onde ela já existe seria permitir alguma escolha para o usuário, se ele desejar, de sua equipe, quando há outras equipes atuando no mesmo CS, por meio de listas de usuários associadas com vinculação territorial. Isso compensaria parcialmente a restrição de liberdade de escolha implícita na função filtro e, em tese, reforçaria a longitudinalidade, devido a um melhor

(e 'mais' voluntário) vínculo terapêutico¹⁰⁸.

'Interiorização e fixação de profissionais (sobretudo médicos)' é um ponto estratégico. O Programa Mais Médicos¹⁰⁹ tem sido a via de enfrentamento da pouca interiorização dos médicos na APS, sua alta rotatividade, escassez e pouca competência técnica, devido à falta de formação adequada em MFC. Apenas investimentos federais sérios e urgentes são capazes de abordar esse problema tanto por meio da ampliação das residências em MFC quanto pela estruturação de gestão regional intermunicipal. O pequeno número de programas de residência em MFC, sua qualidade heterogênea e a pequena tradição da especialidade no País são problemas de grande vulto que necessitam ações em escala nacional, como iniciou o Mais Médicos. Essa estratégia, todavia, precisa ser aperfeiçoada e implantada na sua faceta de formação, com grande ampliação das vagas e programas de residência em MFC. A meta é exigir residência em MFC para os médicos da ESF para breve, estruturando a APS via ESF.

Para melhorar a equidade no acesso, deve-se priorizar áreas de vazio assistencial e maior vulnerabilidade social. Atualmente, quando existe, a priorização é intramunicipal e com ônus total para o município. Tal priorização pode ser de várias ordens e incluir inclusive estímulo financeiro aos profissionais, e poderia ser institucionalizada em regiões de saúde, para diminuir a grande heterogeneidade da APS¹⁹.

'Desburocratizar e ampliar o acesso via organização funcional das equipes'. Várias melhorias no funcionamento dos serviços são necessárias, sobretudo quanto aos problemas destacados acima, abordados a seguir.

'Horário de funcionamento'. O acesso é diretamente ampliado com a extensão do horário de funcionamento dos CS para o horário de almoço e noturno, bem como a utilização dos sábados⁹⁵.

'Reuniões periódicas das equipes da ESF'. Para a ampliação do acesso, é estratégico o uso judicioso de tempos periódicos de

conversa para organização, gestão e decisão coletivas na equipe: as reuniões (pelo menos) semanais. Elas são necessárias para gestão dos processos de trabalho implicados no acesso oportuno e para elaboração de projetos terapêuticos, gestão das consultas/visitas domiciliares, coordenação do cuidado para casos mais complexos etc. Gestão participativa das rotinas que interferem diretamente no acesso é fundamental para haver espírito de equipe, participação ativa e consciente e maior cooperação mútua entre profissionais¹¹⁰.

‘Diversificar formas de comunicação dos usuários com a equipe’ é estratégico para melhorar o acesso, incluindo uso de telefone (correio eletrônico e outros comunicadores), que deve se transformar em recurso cotidiano de atendimento, agendamento e orientação dos usuários. Tal diversificação facilita a comunicação equipe-usuários, melhora o vínculo e maximiza o acesso^{48,111}. Isso exige o fortalecimento dos aspectos administrativos viabilizadores dessa diversificação. O reforço administrativo viabiliza o uso do telefone, correio eletrônico e comunicação digital, superando a necessidade de contato presencial para encaminhamento de qualquer demanda dos usuários.

‘Otimização do papel da enfermagem’. Para ampliar o acesso e organizar o trabalho em equipe, é necessário o investimento no trabalho clínico da enfermagem, já induzido pela diretriz do acolhimento. A enfermagem tem grande potência clínica, geralmente subaproveitada¹¹², sobretudo em casos crônicos e ações preventivas, que necessitam de grande empatia e competência educativa. Também tem grande capacidade de avaliar pequenas urgências/intercorrências, devendo ser parceiras na agilização do acesso.

‘Viabilização de sistema de informações’. A disponibilização de prontuário eletrônico (e-SUS) e sistemas de informações facilita e viabiliza o acesso indiretamente. A história clínica é essencial para um acesso longitudinal adequado. Isso implica pesado investimento federal na melhoria e universalização do e-SUS.

‘Diminuir a rigidez das agendas, tornando-as mais inteligentes’. Trata-se de aproximar-se da ‘filosofia’ do chamado acesso avançado: fazer o serviço de hoje, hoje^{113,114}. Implícita nesta ‘filosofia’ está a superação necessária da dicotomia hierarquizada entre demanda espontânea e programada, em que há hipervalorização da segunda. Isso torna o serviço mais acessível e minimiza o empurrar para o futuro de ações clínicas e outras. A esse respeito, não raramente aparecem preocupações relativas à necessidade de cuidados continuados programados voltados às situações crônicas. Parece certo que a longitudinalidade associada ao acesso oportuno é uma das chaves para a efetividade e qualidade do cuidado a longo prazo. Isso reforça que o acesso deve estar vinculado à longitudinalidade. A necessária agilidade na comunicação com os usuários (acima referida) facilita atividades de vigilância nos problemas crônicos, que se tornam proeminentes com o envelhecimento populacional. Também, por isso, o primeiro contato sempre que possível deve ser realizado por um profissional da equipe vinculada ao usuário, melhorando sua resolubilidade.

‘Melhorar a qualificação clínica dos profissionais’. As situações crônicas e a ampliação do acesso exigem melhor qualificação clínica dos profissionais. A maior multimorbidade e frequência de problemas crônicos dificultam o uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, facilitam a polifarmácia, a iatrogenia e a medicalização desnecessárias, gerando indiretamente dificuldades de acesso⁴⁸. A longitudinalidade funciona como antídoto a essa tendência, mas requer qualificação clínica e prevenção quaternária¹¹⁵, com maior uso de prescrição¹¹⁶, de cuidados paliativos e de abordagens menos medicalizadoras. Quanto a esse aspecto, destacam-se os problemas de saúde mental, altamente prevalentes e relevantes na APS. Eles precisam de uma abordagem psicossocial¹¹⁷ coerente com a reforma psiquiátrica brasileira, ao invés da comum atenção centrada em psicofármacos¹¹⁸, cujo uso corriqueiro é excessivamente

medicalizante, pouco efetivo e gera aumento crônico da demanda (por psicotrópicos), dificultando o acesso. As práticas integrativas e complementares podem ser exploradas na APS nos crônicos (muito usadas) e em saúde mental (coerentes com a atenção psicossocial, em que promoção da saúde e terapêutica comumente se confundem)^{118,119}, como ocorre no mundo¹²⁰.

‘Minimizar intervenções preventivas individuais pouco fundamentadas’: o excesso de atividades preventivas individuais na APS deve ser evitado, devido ao seu alto potencial de geração de dano, medicalização e aumento da demanda. Tal excesso converte assintomáticos em preocupados e doentes crônicos, gera consultas e exames de rotina (rastreamentos mal fundamentados repetidos) que requerem seguimento etc.¹²¹. Isso demanda clara diferenciação entre cuidado aos adoecidos e prevenção em assintomáticos¹²² e intensa prática de prevenção quaternária na prevenção, de modo a reduzir a sobrecarga assistencial desnecessária gerada pelo excesso de preventivismo.

‘Estabelecer regras para garantia do acesso’: o acesso pode e deve ser objeto de regramento e metas claras, por meio de acordos e pactuações regionais e intramunicipais entre gestores, profissionais e representantes dos usuários⁴⁹. Podem ser estabelecidos padrões pactuados de acesso (tempo de espera, por exemplo), favorecendo seu monitoramento pela gestão local, pelos usuários e Conselhos Municipais de Saúde, o que deve estar associado com compromissos de manutenção de completude mínima nas equipes, viabilizadora dos padrões. Paradoxalmente, no Brasil, o acesso, atributo crucial da APS, não foi objeto de regramento ao que sabemos. Alguns serviços têm conseguido atingir padrões de acesso de boa qualidade, quase sem registro disponível na literatura científica. Nesses serviços, o atendimento dos usuários vinculados tem ocorrido em menos de uma semana, preferencialmente em dois a três dias¹²³.

Considerações finais

Os estudos disponíveis e a prática assistencial convergem para a constatação de que o acesso na APS brasileira é heterogêneo e permanece precário, envolvendo vários problemas anteriormente apontados. As estratégias principais para ampliação do acesso na APS para quase toda a população envolvem fortalecer e privilegiar a expansão da ESF associada à redução da população vinculada a cada equipe. É necessário maior financiamento federal para a ESF, forte investimento na formação de médicos de família e comunidade (e educação permanente das equipes atuais), estímulo à sua interiorização e fixação, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade.

Do ponto de vista organizacional nos serviços, é estratégica a exploração do trabalho em equipe, da potencialidade clínica da enfermagem, da cogestão dos processos de trabalho, da flexibilização das agendas e da diversificação das formas de comunicação entre equipe e usuários, de modo a superar a necessidade do contato presencial para encaminhamento de qualquer demanda. A APS deve praticar uma atenção à saúde abrangente que envolva igualmente situações agudas e crônicas, em um contínuo de cuidados ampliados centrados na pessoa, na família e na comunidade pela mesma equipe, com coordenação dos cuidados especializados cabíveis. O acesso é a pedra angular sem o qual esses atributos não são viabilizados.

Colaboradores

Tesser CD elaborou a concepção do artigo e o rascunho inicial. Norman AH e Vidal TB contribuíram significativamente na revisão crítica do conteúdo, atualização bibliográfica e redação das versões sucessivas do artigo. Todos aprovaram a versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [internet]. Alma-Ata; 1978 [acesso em 2017 ago 7]. p. 3. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>.
2. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1•7 million men and women. *Lancet* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 28]; 389(10075):1229-37. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159391>.
3. Aleixo JLM. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Rev Min Saúde Pública* [internet]. 2002 [acesso em 2018 out 14]; 1(1):1-16. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/hildbi/docsonline/get.php?id=391>.
4. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2006 [acesso em 2018 maio 28]; 9(1):147-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100019&lng=es&tlng=es.
5. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* [internet]. [acesso em 2018 ago 9]; 266(16):2268-71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920727>.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* [internet]. 2003 [acesso em 2018 maio 28]; 38(3):831-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12822915>.
7. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* [internet]. 1994 [acesso em 2018 mar 10]; 344(8930):1129-33. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673694906343>.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* [internet]. 2005 [acesso 2018 maio 28]; 83(3):457-502. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202000>.
9. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [internet]. 2004 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf.
10. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of Children and Access to Primary Care: A Cross-National Comparison. *Int J Heal Serv* [internet]. 1995 [acesso em 2018 maio 28]; 25(2):283-94. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7622319>.
11. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* [internet]. 1996 [acesso em 2018 maio 28]; 43(1):40-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8691179>.
12. Health Council of the Netherlands. European primary care [internet]. The Hague; 2004 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/European_primary_care_final.pdf.
13. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 28]; 10(1):65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226084>.
14. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol e Serviços Saúde* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 28]; 19(1):61-75. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov>.

- br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
15. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* [internet]. 2000 [acesso em 2018 maio 28]; 90(1):97-102. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10630144>.
 16. Shi L. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances. *Int J Heal Serv* [internet]. 1994 [acesso em 2018 maio 28]; 24(3):431-58. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7928012>.
 17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Colet*. [internet]. 2010 [acesso 2018 maio 28]; 15(5):2297-305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt.
 18. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cienc Saúde Colet* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 19(2):343-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=pt&tlng=pt.
 19. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Soc* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 24(2):438-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=pt&tlng=pt.
 20. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 25(2):320-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00320.pdf>.
 21. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 13]; 14(Supl 1): 1325-1335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>.
 22. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [internet]. Brasília, DF Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2017 ago 7]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
 23. Facchini LA, Silveira DS, Duro SMS, et al. Os sentidos da pesquisa nos processos organizativos da Estratégia Saúde da Família. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça MA, editores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014. p. 849-92.
 24. Harzheim E, Álvarez-Dardet C. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2007 [acesso em 2018 maio 28]; 3(9):60. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/84>.
 25. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* [internet]. 2004 [acesso em 2018 maio 28]; 19(4):303-17. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.766>.
 26. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 28]; 29(7):1370-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700011&lng=pt&tlng=pt.
 27. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: eviden-

- ce from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Heal* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 17(1):36-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21859440>.
28. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, 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 Saude Pública*. 2008; 24(supl):s148-s158.
29. Zils ADA, Castro RCL, Oliveira MMC, et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 28]; 4(16):270. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/233>.
30. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2006 set [acesso em 2018 maio 28]; 11(3):669-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=pt&tlng=pt.
31. Guanais FC. Health equity in Brazil. *BMJ* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 28]; 341:c6542. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21115590>.
32. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev. Saúde Públ*. [internet]. 2010 dez [acesso em 2018 maio 28]; 44(6):1102-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600016&lng=pt&tlng=pt.
33. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, et al. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Health* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 101(5):868-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724683>.
34. Brandao JRM, Gianini RJ, Novaes HMD, et al. The family health system: analysis of a health survey in Sao Paulo, Brazil. *J Epidemiol Community Heal* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 65(6):483-90. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21148818>.
35. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2010 [acesso 2018 maio 28]; 15(supl 2):3139-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800018&lng=pt&tlng=pt.
36. Cesar JA, Sutil AT, Santos GB, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 28(11):2106-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100010&lng=pt&tlng=pt.
37. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 27(4):787-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=pt&tlng=pt.
38. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 28]; 10(1):380. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20587036>.
39. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Heal* [internet]. 2006 [acesso em 2018 maio 28]; 60(1):13-9. Acesso em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.

40. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* [internet]. 2010 [acesso 2018 maio 28]; 19(S1):126-58. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20803631>.
41. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 377(9781):1949-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>.
42. Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. *Int J Epidemiol* [internet]. 2008 ago [acesso em 2018 maio 28]; 37(4):738-44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653509>.
43. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso 2018 maio 28]; 28(5):845-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=pt&tlng=pt.
44. Facchini LA, Nobre LCC, Faria NM, et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2005 [acesso em 2018 maio 28]; 10(4):857-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400010&lng=pt&tlng=pt.
45. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 27(4):348-55. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666271>.
46. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2009 fev [acesso em 2018 maio 28]; 14(1):39-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=pt&tlng=pt.
47. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 45(4):765-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=pt&tlng=pt.
48. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Soc*. [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 24(1):165-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100165&lng=pt&tlng=pt.
49. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Soc* [internet]. 2014 set [acesso em 2016 abr 27]; 23(3):869-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300869&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
50. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. 1. ed. Werthein J, Braslavsky C, Tedesco JC, et al., editores. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
51. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 17(11):2865-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&tlng=pt.
52. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. [internet]. Brasília, DF:

- MS; 2004 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf.
53. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 1999 abr [acesso em 2018 maio 28]; 15(2):345-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&tlng=pt.
54. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. 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 Colet*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 17(8):2071-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=pt&tlng=pt.
55. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 24(supl 1):s100-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt&tlng=pt.
56. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2010 nov [acesso em 2018 maio 28]; 15(supl 3):3615-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=pt&tlng=pt.
57. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* [internet]. 2004 dez [acesso em 2018 maio 28]; 20(6):1487-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&tlng=pt.
58. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface - Comun Saúde, Educ* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 28]; 13(31):315-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400007&lng=pt&tlng=pt.
59. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2016 fev [acesso em 2018 ago 12]; 21(2):351-370. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200351&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família no Brasil [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2017 ago 21]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
61. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 12]; 33(8):e00037316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en.
62. Teixeira CF, Sola JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectiva [internet]. 3. ed. Salvador: UFBA; 2006 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-07.pdf>
63. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 61(2):153-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=pt&tlng=pt.
64. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família

- lia e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde de Colet*. [internet]. 2013 jan [acesso em 2018 maio 28]; 18(1):221-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=pt&tlng=pt.
65. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comun Saúde, Educ* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 28]; 14(35):797-810. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=pt&tlng=pt.
 66. Luz J. Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2009.
 67. Barbosa SP. Acesso à atenção primária à saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais [tese] [internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. 134 p. [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/507D.PDF>.
 68. Silva SA, Baitelo TC, Fraccolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 23(5):979-87. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf.
 69. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários 1 strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional primary healthcare units and family healthcare strategy units in the perspective of users. *Texto Context Enferm* [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 28]; 22(3):780-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>.
 70. Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Soc*. 2011; 20(4):991-1004.
 71. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev da Esc Enferm da USP* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 50(2):335-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&tlng=en.
 72. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 21(61):321-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=pt&tlng=pt.
 73. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface* [internet]. 2005 [acesso em 2018 maio 28]; 9(17):287-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt&tlng=pt.
 74. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013; 8(29):274-84.
 75. Macinko J, Almeida C, Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* [internet]. 2007 [acesso em 2018 maio 28]; 22(3):167-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>.
 76. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, 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 Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 24(supl 1):s148-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=pt&tlng=pt.

77. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica* [internet]. 2012 set [acesso em 2018 maio 28]; 28(9):1772-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=pt&lng=pt.
78. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 38(esp):296-306. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S022>.
79. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, et al. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 20(4). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160104>.
80. Chomatas E, Vígo A, Marty I, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
81. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2016 jul 19]; 39(106):802-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>.
82. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, et al. Fatores condicionantes do acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 38(esp):34-51. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S004>.
83. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, et al. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 24(e2672):30. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
84. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. *Cad Saude Publica* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 24(1):7-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>.
85. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 38(special):252-64. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S019>.
86. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform [internet]. 2000. [acesso em 2018 ago 12]. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124064356/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_118522.pdf.
87. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ* [internet]. 2007 jan 6 [acesso em 2018 maio 28]; 334(7583):19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17204798>.
88. Starfield B, Hyde J, Gervas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Heal* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 62(7):580-3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18559439>.
89. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 28]; 372(9654):1997-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059049>.
90. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 28]; 51:116. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548>.

91. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, et al. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 10]; (1):CD004720. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440794>.
92. Tesser CD, d'Ávila TLC. Por que reconsiderar a indicação do rastreamento do câncer de mama? *Cad Saude Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 10]; 32(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500706&lng=pt&tlng=pt.
93. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Primária. Rastreamento* [internet]. Brasília, DF: MS; 2010 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.
94. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj L C, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: *Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ* [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 10]; 345:e7191. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23169868>.
95. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PM. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde em Debate* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 40(110):64-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=pt&tlng=pt.
96. Oliveira CVS, Coriolano-Marinus MWL. Desafios do acolhimento na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa. *Saúde em Redes* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 2(2):211-25. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/678>.
97. Nobre JPS, Vieira JPA, Gadelha RRM, et al. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. *Rev Expressão Católica Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 1(1). Disponível em: <http://publicacoes-academicas.fcrs.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1364>.
98. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 39(104):114-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100114&lng=pt&tlng=pt.
99. Agousto DK, David L, Oliveira DOPS, et al. Da Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 10]; 13(40):1-4. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1695>.
100. Scheffer M, coordenador. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018. [acesso em 2018 ago 12]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>.
101. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 13(1):1-483. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454148>.
102. Soares A, Santos NR. Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 maio 28]; 38(100):18-25. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-104.20140002>.
103. Marques RM, Piola SF, Roa AC. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: MS; 2016.
104. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Dez 2017. [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>.

105. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, et al. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med* [internet]. 2001 [acesso em 2018 maio 28]; 344(26):2021-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430334>.
106. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudo de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos. Relatório final: Florianópolis [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; MS; 2009. [acesso em 2017 ago 21]. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Avaliacao_ESF_Florianopolis.pdf.
107. Masseria C, Irwin R, Thomson S, et al. Primary care in Europe. The London School of Economics and Political Science. Londres: London School; 2009.
108. Gervas J, Pérez Fernández M. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias) [internet]. Barcelona: Los Libros del Lince; 2013 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: <http://equipocesca.org/sano-y-salvo-y-libre-de-intervenciones-medicinas-innecesarias-2/>.
109. Brasil. Ministério da Saúde. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013 [internet]. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Out. 2013 [acesso em 2018 maio 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
110. Campos GWDS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
111. Poli Neto P, Tesser CD, Monteiro GH, et al. O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 10(37):1. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1167>.
112. Sousa LD, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. *Rev da Esc Enferm da USP* [internet]. 2011 abr [acesso em 2018 maio 28]; 45(2):494-500. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200027&lng=pt&tlng=pt.
113. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* [internet]. 2000 set [acesso em 2017 ago 18]; 7(8):45-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11183460>.
114. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* [internet]. 2003 [acesso em 2018 fev 28]; 289(8):1035-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12597760>.
115. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 10(35):1. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1011>.
116. Gómez Santana MDC, Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, et al. Prescripción prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 28]; 10(35):1. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1021>.
117. Costa-Rosa A da. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica Abílio da Costa-Rosa Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva [internet]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2013 [acesso em 2018 ago 9]. 337 p. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2014/08/0.-Costa-Rosa-A.-Atencao-Psicossocial-além-da-Reforma-Psiquiátrica-versão-revisada.pdf>.
118. Frosi RV, Tesser CD. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2015

- [acesso em 2018 maio 28]; 20(10):3151-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003151&lng=pt&tlng=pt.
119. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde e Soc* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 28]; 21(2):336-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=pt&tlng=pt.
120. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023 [internet]. Hong Kong; 2013 [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: www.who.int.
121. Tesser CD, d'Ávila TLC, Tesser CD, et al. É necessário mudar a perspectiva sobre o câncer de mama: afastar o rastreamento e priorizar a agilidade no diagnóstico e tratamento. *Cad Saude Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 9]; 32(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500708&lng=pt&tlng=pt.
122. Tesser CD, Norman AH. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cad Saude Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 28]; 32(10):e00012316. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27783750>.
123. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, et al. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saude Pública*. 2018 (no prelo).

Recebido em 30/05/2018
 Aprovado em 17/08/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais

Health promotion in Primary Health Care: systematization of challenges and intersectoral strategies

Níliá Maria de Brito Lima Prado¹, Adriano Maia dos Santos²

DOI: 10.1590/0103-11042018S126

RESUMO Foi realizada revisão da literatura com o intuito de sistematizar o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde com ênfase nos desafios e estratégias para implementação da intersectorialidade. As bases de dados consultadas foram Lilacs, SciELO, Web of Science e Science Direct; e identificadas publicações referentes ao período compreendido entre 2006 e 2017. O *corpus* contou com 28 artigos, sendo analisados os aspectos relacionados com os resultados dos estudos. Verificou-se que eles têm destacado a discussão de fragilidades contextuais relacionadas com aspectos gerenciais e operacionais das intervenções para promoção da saúde, assim como com estratégias adotadas para fomentar a implementação e gestão de ações intersectoriais. Conclui-se que são necessários investimentos em estudos de caso que permitam analisar intervenções concretas direcionadas à promoção da saúde, agregar novas explicações e estabelecer coerência com a complexidade dos distintos contextos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Colaboração intersectorial. Revisão.

ABSTRACT A review of the literature was carried out in order to systematize the knowledge produced in the field of health promotion with an emphasis on the challenges and strategies for the implementation of intersectoriality. The databases consulted were Lilacs, SciELO, Web of Science and Science Direct and identified publications referring to the period between 2006 and 2017. The corpus had 28 articles, analyzing the aspects related to the methodology and results of the studies. It was verified that the studies have highlighted the discussion of contextual weaknesses related to managerial and operational aspects of health promotion interventions. It is concluded that investments are necessary in case studies that allow analyzing concrete interventions aimed at health promotion, adding new explanations and establishing coherence with the complexity of the different contexts in Primary Health Care.

KEYWORDS Primary Health Care. Health promotion. Intersectoral collaboration. Review.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Vitória da Conquista (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>
nilia.prado@ufba.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Vitória da Conquista (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9718-1562>
maiaufba@ufba.br



Introdução

O desenvolvimento de ações para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como importante resposta à reestruturação do modelo de atenção à saúde e operacionalização de ações que priorizam uma abordagem fundamentada nos determinantes sociais da saúde^{1,2}. Nessa perspectiva, a promoção da saúde seria a estratégia preferencial para viabilizar a articulação de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo, bem como a APS seria o locus privilegiado para mobilização comunitária, capaz de propiciar mudanças de cultura organizacional, ampliação do escopo de ações e a reorganização dos sistemas locais de saúde³.

No Brasil, as ações para promoção da saúde emergiram como desdobramento do esforço para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do debate sobre as relações entre iniquidades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde no campo da saúde coletiva⁴. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emergiu na dinâmica do território como um espaço permanente de construção e reconstrução de processos relacionais que revela a pluralidade e, sobretudo, a potência dos atores para identificar necessidades e fomentar as ações de promoção da saúde⁵.

Embora se ressalte a contribuição da ESF nesse particular, as ações desenvolvidas na APS têm apresentado limites gerenciais e operacionais em relação ao enfrentamento do conjunto de determinantes da saúde e ao enfoque sociopolítico da promoção da saúde⁶. Poucos estudos no Brasil problematizaram ou avaliaram a natureza e efetividade das ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da APS⁷.

Da mesma forma, as análises sobre experiências de intersetorialidade implementadas em contextos diversificados ainda são raras na literatura acadêmica, sendo premente a identificação e análise do conhecimento científico produzido sobre as condições que influenciam uma gestão eficaz de ações intersetoriais⁸⁻¹⁰. Portanto, fazem-se necessários o debate e a

problematização acerca dos caminhos, das implicações, dos limites e perspectivas que se colocam para a consolidação das práticas de promoção da saúde no âmbito da APS, cenário imprescindível para a consolidação do SUS, tão ameaçado pela conjuntura atual em nosso país.

Diante da complexidade da discussão, este artigo busca sistematizar o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde com ênfase nos desafios e estratégias para a implementação da intersetorialidade.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre os desafios e estratégias para a implementação de ações intersetoriais para promoção da saúde.

Realizou-se busca em bases eletrônicas de publicações científicas, sendo identificadas as seguintes: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Web of Science e Science Direct. Como período de busca, utilizou-se de março de 2006 a dezembro de 2017. Optou-se por tal período, pois, em março de 2006, foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2017.

Os unitermos ou descritores foram previamente identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), sendo: *'Primary Health Care'*, *'Health promotion'*, *'Intersectoral action'*, *'Health Management'*. Em seguida, foi feita uma combinação por meio dos conectores booleanos: *Health Promotion AND Primary Health Care AND Health Management; Intersectoral Action AND Primary Health Care AND Health Management; Health Promotion AND Health Management AND Intersectoral action; Health Promotion AND Intersectoral Action AND Primary Health Care AND Health Management*. Foram eleitos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. A

busca de documentos se deu por meio da ferramenta 'busca integrada', sendo selecionados artigos que estavam indexados na íntegra.

Foram utilizados como critério de inclusão para seleção dos artigos: estudos que abordassem ações intersetoriais para promoção da saúde ou intervenções intersetoriais problemas ou condições relacionadas com a saúde, quais sejam: obesidade, tabagismo e álcool, prevenção de cuidados dentais, doenças crônicas, segurança alimentar e nutricional, incluindo a alimentação escolar e as ações relacionadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), promoção da atividade física e práticas corporais e educação permanente em saúde; estudos empíricos e/ou de revisão e/ou conceitual na área de ação e gestão intersetorial para promoção da saúde, publicados em revistas científicas, não abrangendo, portanto, possíveis intervenções derivadas de projetos de pesquisa realizados em território nacional e internacional; publicados nas bases de dados no período definido e na língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Já como critérios de exclusão, utilizaram-se: os estudos que não investigaram ações intersetoriais para promoção da saúde; as publicações de editoriais e anais de congressos científicos; e os estudos que abordaram outras ações específicas que não referiam ações intersetoriais.

Para viabilizar a definição dos artigos selecionados, uma base de dados única foi construída em planilha Excel® que reuniu um total de 839 artigos, explorados inicialmente por meio da leitura de títulos e resumos, sendo identificados 269 artigos duplicados, os quais foram excluídos, ficando, assim, a análise crítica de 570 artigos completos. Após leitura dos artigos na íntegra, foram excluídos 355 artigos que não discutiam ações intersetoriais, apenas referiam-se a ações assistenciais vinculadas a equipes de saúde, restando 215 artigos que foram lidos e analisados quanto à identificação dos assuntos considerados centrais (desafios e estratégias para fomentar ações intersetoriais para

a promoção da saúde); e excluídos 187 que não apresentavam a discussão de tais assuntos e apenas descreviam ações relacionadas com programas assistenciais. Ao final, foram incluídos neste estudo 28 artigos.

Cabe salientar que a seleção e inclusão dos estudos nesta revisão foi realizada em consenso com os dois autores que avaliaram e selecionaram os artigos que continham o desfecho de interesse.

A qualidade das publicações incluídas na revisão foi aferida por meio da aplicação do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (Coreq)¹¹, com alcance de 24 itens dentro dos 32 solicitados (apenas os itens referentes a equipe de pesquisa não se aplicaram a esse tipo de revisão).

Na análise dos artigos, dois eixos temáticos foram criados como categorias emergentes: a. Condições contextuais restritivas à implementação e gestão de ações intersetoriais e, b. Estratégias adotadas para fomentar a implementação e gestão de ações para promoção da saúde. Cada artigo foi analisado segundo esses eixos, o ano de publicação, o país de estudo, metodologia adotada e população do estudo sistematizados no *quadro 1*.

Resultados e discussão

A distribuição temporal das 28 publicações analisadas foi a seguinte: 3 artigos de 2009; 3 de 2010; 1 de 2011; 1 de 2012; 13 de 2014; 3 de 2015; 3 de 2016 e 1 de 2018. No que se refere aos locais do estudo: 15 foram do Brasil; 3, do Canadá; 3, da Austrália; 2, da Noruega; 1 foi dos Estados Unidos; 1, da Alemanha; 1, da França; 1, da Holanda e 1, da Suíça em cooperação com o Brasil. Sobre o desenho: 19 foram estudos com metodologia qualitativa (estudo de caso=16; estudos avaliativos=3); 5 foram revisão de literatura; 1 foi pesquisa documental/revisão documental; 1 foi estudo transversal com dados secundários e 2 estudos adotaram ambas as metodologias qualitativa e quantitativa (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo autor, ano, país de origem, metodologia, população estudada e condições contextuais e estratégias para implementação e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde

Autor, ano, país de origem	Metodologia e população estudada	Condições contextuais restritivas	Estratégias para a ação e a gestão de ações intersetoriais
LIMA e VILAS-BÔAS (2011), Brasil	Estudo qualitativo – ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, no período de 2008-2009 / Membros do Comitê Intersetorial Estadual.	Concentração de atribuições sobre um único setor e a não utilização do planejamento como instrumento de trabalho.	Estruturação de um Comitê intersetorial, envolvimento das várias instituições e pactuação de atividades compartilhadas.
AZEVEDO; PELICIONI e WES-TPHAI (2012), Brasil	Estudo de revisão de literatura sobre algumas políticas públicas estabelecidas entre 2006 e 2010 que dialogam com as diretrizes da Promoção da Saúde.	Despreparo técnico-político de gestores e profissionais da saúde para reconhecimento e desenvolvimento de ações intersetoriais.	Reforço aos processos de educação continuada em sintonia com os princípios da promoção da saúde.
DIAS et al. (2014), Brasil	Estudo qualitativo e analítico no município de Sobral (CE) / Coordenadora da AB; dois gerentes de Centros de Saúde da Família; a coordenadora do Nasf; três tutores do Sistema Saúde Escola de Sobral; e, um tutor e dois residentes vinculados à Residência Multiprofissional em Saúde da Família.	Isolamento dos setores, fragmentação das ações, corporativismo de pessoas e organizações, falta de respostas dos setores aos problemas.	Incentivo a inserção do planejamento participativo cooperativo permanente.
MEDINA et al. (2014), Brasil	Estudo transversal com dados secundários obtidos da base de dados do PMAQ-AB / Profissionais de saúde.	Baixa institucionalização de ações de promoção da saúde no âmbito da ESF; escassez de ações específicas dirigidas aos idosos e à detecção de problemas entre escolares.	Debate permanente sobre o conteúdo e as formas de organização das práticas articuladas em territórios específicos.
HEIDEMANN, WOSNY e BOEHS (2014), Brasil	Estudo qualitativo / Pesquisadores, profissionais da ESF (enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), acadêmicos de enfermagem.	Falta de educação permanente das equipes para incorporação das diretrizes da PNPS e ESF.	Fomento à capacitação dos profissionais de saúde para implementar ações de promoção da saúde nos territórios adscritos.
MOYSÉS e SÁ (2014), Brasil	Revisão de literatura.	Intervenções governamentais e profissionais planejadas em bloco, sem respeito às especificidades.	Proposta de método Bambu, priorizar e planejar ações locais, comissões para o planejamento da ação governamental.
CAVALCANTI e CORDEIRO (2015), Brasil	Estudo qualitativo / Equipes de saúde da família e profissionais de serviços de referência do território.	Baixo desenvolvimento de ações para promoção, devido a demanda excessiva e cobrança por produtividade das equipes de saúde.	Capacitações dos profissionais para implementar intervenções para promoção da saúde contextualizadas com as necessidades de saúde da população.
WHELAN et al. (2014), Austrália	Revisão de literatura.	Necessidade de reforço da capacidade política, o desenvolvimento da força de trabalho).	Planejamento e avaliação, realocação organizacional de recursos e desenvolvimento das capacidades organizacional e comunitária.
RUTTEN e GELIUS (2014), Alemanha	Revisão de literatura.	Inexistência de um processo de planejamento cooperativo entre os gestores locais.	Planejamento cooperativo para promover o intercâmbio de conhecimentos e das capacidades intra e interorganizacionais
BAUM et al. (2014), Austrália	Estudo qualitativo e avaliativo, estudos de casos / Servidores públicos.	Existência de múltiplos setores, mecanismos operacionais e canais de comunicação; falta de mecanismos de negociação integrado.	Negociação de acesso a dados e parâmetros de avaliação, pesquisa-ação crítica e organizacional; avaliação realista e sistemática da lógica do programa.
ANAF et al. (2014), Austrália	Estudo qualitativo, estudos de casos sobre boas práticas de ações intersetoriais para a saúde / Trabalhadores da atenção primária à saúde, funcionários da agência colaboradora e usuários dos serviços	Restrições de recursos financeiros e humanos; rigidez organizacional; rivalidade de prioridades entre os setores.	Incentivo por incremento de habilidades pessoais (cursos de curta duração) para a implementação de políticas articuladas.

Quadro 1. (cont.)

LITTLEJOHNS e SMITH (2014), Canadá	Estudo qualitativo / Gestores municipais.	Dificuldade em estabelecer ações coordenadas e com maior durabilidade em longo prazo.	Fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde; conectividade e de coesão.
STORM et al. (2014), Holanda	Estudo qualitativo e avaliativo / Gestores municipais e profissionais de saúde.	Falta de conhecimento para avaliar políticas intersetoriais.	Desenvolvimento de <i>software</i> para gerenciamento de projetos articulados.
GREER e LILLVIS (2014), Estados Unidos	Estudo qualitativo, estudo de caso / Formuladores e gestores de políticas governança intersetorial.	Dificuldade em estabelecer ações coordenadas com sustentabilidade em longo prazo.	Mudanças burocráticas, como a introdução da Avaliação do Impacto na Saúde ou reorganização; e métodos indiretos como publicação de dados e apoio de grupos externos.
ZICKER et al. (2015), Brasil e Suíça	Estudo qualitativo em plataforma virtual / Coordenadores de iniciativas globais de saúde.	Conhecimento insuficiente para o planejamento de ações integradas entre os atores e setores.	Otimização de plataformas de gestão de conhecimento; translação de conhecimento.
TROMPETTE et al. (2014), França	Estudo qualitativo, estudo de caso / Agentes de promoção da saúde envolvidos em um programa regional.	Existência de intervenções, antagônicas.	Inclusão de um plano de ação integrado entre os setores.
TESS e AITH (2014), Brasil	Estudo qualitativo e quantitativo, estudo de caso / Decisores políticos e gestores municipais.	Estruturas organizacionais e institucionais fragmentadas, sem coordenação de informações.	Estabelecimento de coordenação compartilhada das políticas intersetoriais.
HENDRIKS et al. (2015), Holanda	Estudo qualitativo, estudo de caso / Funcionários responsáveis por diferentes setores de políticas em dois municípios de pequeno porte.	Existência de estruturas organizacionais fragmentadas.	Reorganização de estrutura organizacional e treinamento de funcionários pelos gerentes.
WEISS, LILLEFJELL e MAGNUS (2016), Noruega.	Revisão de literatura.	Estruturas organizacionais e institucionais fragmentadas.	Fomento a formação de rede de gestores capacitados para o monitoramento e avaliação de ações intersetoriais.
KOTHARI et al. (2016), Canadá	Estudo qualitativo, estudo de múltiplos casos/ Profissionais de saúde de quatro redes de saúde pública.	Baixa competência dos gestores e profissionais locais.	Desenvolvimento de planos de ação intersetorial local.
GUGLIELMIN et al. (2018), Canadá	Revisão de literatura.	Restrições de recursos financeiros e humanos; rigidez organizacional; falta de financiamento e de liderança local.	Fomento à formação de gestores para o planejamento, monitoramento e avaliação de ações intersetoriais.

Fonte: Elaboração própria.

Os principais atores sociais envolvidos na implementação de intervenções intersetoriais referidos pelos artigos eram os gestores estaduais e municipais e os profissionais de saúde atuantes em equipes de saúde no âmbito da APS¹²⁻¹⁵. Por outro lado, apesar da importância do fortalecimento da autonomia do coletivo para a tomada das decisões, grande parte dos estudos evidenciou uma participação comunitária pouco expressiva¹⁶⁻¹⁹.

As intervenções para promoção da saúde descritas abrangeram experiências locais regionais direcionadas à redução de iniquidades e ampliação do acesso equânime a bens e serviços de saúde de grupos populacionais em distintos contextos, nos quais as fragilidades do contexto sociopolítico, administrativo e técnico poderiam estar restringindo as mudanças sociais mais abrangentes e em longo prazo.

Condições contextuais à implementação e gestão de ações intersetoriais

Neste subtópico, serão apresentadas as condições contextuais consideradas restritivas à implementação e gestão de ações intersetoriais. De modo geral, os contextos de implementação das intervenções analisadas discorreram especialmente sobre três questões transversais.

Primeiro, a inviabilidade do contexto organizacional e sociopolítico para o desenvolvimento de ações intersetoriais (desenvolvimento de ações intersetoriais governamentais planejadas sem respeito às especificidades locorregionais e pela inviabilidade política; falta de processo de planejamento e intercâmbio de conhecimentos entre os decisores políticos vinculados à gestão da intervenção, processo de implementação não linear; ausência de mecanismos de negociação).

Segundo, em relação ao despreparo político e técnico dos gestores para assumir e coordenar o planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções (incipiente capacitação dos atores sociais para o desenvolvimento de intervenções intersetoriais; ausência de financiamento exclusivo para custear as ações articuladas entre os setores; desconhecimento dos gestores sobre mecanismos para mensuração dos resultados alcançados).

Terceiro, a incipiente capacidade dos profissionais de saúde da APS para a construção de agendas integradas e para a formação de novas redes sociais capazes de operar em territórios específicos para a execução de ações integradas para a promoção da saúde coerentes com as necessidades locorregionais, especialmente pela existência de rigidez organizacional e rivalidade de prioridades entre os setores.

A análise das experiências, a partir dessas questões, permitiu evidenciar alguns fatores restritivos relacionados com o contexto sociopolítico, com a gestão municipal de saúde

e com a inserção da equipe de saúde em território predefinido.

INVIABILIDADE DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL E SOCIOPOLÍTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

Os principais desafios foram as estruturas hierarquizadas identificadas na maioria das experiências municipais, tendo em vista que alguns estudos identificaram a realização de ações previstas pelos programas sujeitas a interesses em jogo e aos processos que privilegiavam determinadas políticas setoriais que permeavam as instituições.

Foram constatadas fronteiras reais à integração da APS na rede assistencial, indicando a baixa governabilidade de alguns municípios sobre parte dos serviços especializados, sob gestão estadual; e a insuficiente Programação Pactuada e Integrada para reduzir a fragmentação entre as redes estadual e municipal, por não haver garantias de que as cotas programadas de procedimentos fossem distribuídas entre as unidades de saúde¹⁰.

Os fatores desfavoráveis à consolidação do novo modelo tecnoassistencial em saúde foram ressaltados também em um estudo realizado com profissionais atuantes na APS de Belo Horizonte e Contagem¹². As reflexões dos entrevistados indicaram que a oferta de serviços é estruturada em torno de práticas assistenciais curativas que, muitas vezes, não abrangiam as necessidades de saúde dos usuários adscritos. Para os autores, o critério de produtividade exigido para alcance do cumprimento das metas e indicadores na obtenção de resultados mostrou interferência no processo de trabalho das equipes considerando a lógica da ESF. Esse modelo demanda em ações pouco integradas ao processo de trabalho e diminuição do grau de autonomia profissional.

Outros fatores restritivos mais específicos foram apontados pelo estudo realizado por Magalhães e Bodstein¹⁵, que destacou a falta de comunicação e as

articulações descontínuas entre os atores e setores como os aspectos mais frágeis, pois constatavam um planejamento de ações incoerentes com as necessidades de saúde da população, questão referida como passível de contribuir para a sobreposição de ações no território, assim como por limitar o alcance das intervenções. Por outro lado, apontaram que as iniciativas intersetoriais foram mais abrangentes quando definidas como política integrada do governo municipal para a construção de interfaces e cooperação entre os diversos setores.

Silva e Rodrigues¹⁶ versam que a intersectorialidade ainda se constitui como um objetivo a ser alcançado. As autoras reconhecem que, em um território, há várias possibilidades de articulação em rede, contudo, para que o serviço de saúde local possa, de fato, estabelecer parcerias intersetoriais, é imprescindível ir além da negociação de tarefas e da transferência de responsabilidades.

Um estudo realizado por Medina et al.¹⁷, que descreveu 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, demonstrou 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 ESF.

O desenvolvimento de ações intersetoriais governamentais planejadas sem respeito às especificidades locorregionais – e, especialmente, a falta de autonomia dos entes federados municipais para a operacionalização das ações derivadas das diretrizes expressas na PNPS, particularmente, a versão publicada no ano de 2006, do mesmo modo – foi amplamente referido pelos artigos¹⁰⁻¹⁷. Nesse sentido, a falta de autonomia, segundo tais estudos, impedia a implementação e gestão de ações articuladas ao limitar a

coordenação política e as atribuições dos governos locais e por condicionar os sistemas locais a uma forte dependência de recursos financeiros dos governos nos âmbitos estadual e nacional¹⁸⁻²².

A conformação das ações para promoção da saúde na ESF a partir de um território na cidade do Recife evidenciou uma prática intersetorial deficitária. Os resultados apontaram o diálogo entre os setores como possibilidade para potencializar as ações articuladas²¹. Os autores indicaram que o desafio é instituir a cultura da articulação permanente entre setores distintos e unir esforços para transformar o que, hoje, é reconhecido como importante e útil, para além dos discursos de suas vantagens, partindo para um planejamento conjunto e sistematizado de ações condicionadas às necessidades identificadas localmente.

DESPREPARO POLÍTICO E TÉCNICO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS PARA ASSUMIR E COORDENAR O PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES INTERSETORIAIS

Um estudo desenvolvido por Silva e Tavares²³ reforçou a dificuldade da gestão local para atender e incluir os critérios estabelecidos por portarias regulamentadoras, que nem sempre são prioritários para as comunidades envolvidas e acabam por constituírem ações verticalizadas sem um planejamento conjunto entre os entes federados, o que pode contribuir para a dependência contínua aos demais níveis de gestão federativa. As limitações da gestão local, segundo os autores, referiam-se à transferência apenas de autoridade administrativa, sem evidenciar uma autonomia local.

Outro ponto crítico considerado por alguns estudos diz respeito às dificuldades para o desenvolvimento de um trabalho articulado em territórios adscritos à ESF. Nesse ínterim, a incipiente capacidade técnica dos profissionais de saúde para

estabelecer alianças estratégicas capazes de garantir a incorporação de diretrizes expressas nas políticas e procedimentos organizacionais orientados pelo estado para implementação em territórios vinculados à APS foi mencionada²³⁻²⁶.

A disputa por centralização de poder político também foi evidenciada, mesmo sob a perspectiva de estabelecer relações não hierárquicas e decisões conjuntas em espaços que previam o compartilhamento de decisões entre os distintos setores, a exemplo do Grupo de Trabalho Intersetorial. Lima e VilasBôas²⁶ analisaram o princípio da intersectorialidade por meio do estudo dos Grupos de Trabalho Municipais (GTIM) e dos Grupos de Trabalho Estaduais (GTIE) do PSE e destacaram como entraves ao processo de trabalho proposto pelo programa: o número insuficiente de profissionais que compõem os grupos municipais, a ausência de carga horária exclusiva desses grupos para a realização das ações previstas, a falta de autonomia na aplicação dos recursos financeiros e a desarticulação do planejamento municipal nos seus planos de saúde que não contemplavam um orçamento integrado.

Os limites revelados para o fortalecimento da autonomia municipal perpassavam, também, segundo outros autores, pela tenacidade em instituir padrões tradicionais de gestão que inviabilizem mudanças nos aspectos políticos, administrativos e técnicos. Whelan et al.²⁷ demonstraram que a articulação intersectorial no processo político-gerencial para o monitoramento da implementação das ações integradas mostrou-se frágil e limitada, assim como a intersectorialidade era pouco praticada, indicando justaposição de ações entre distintas instituições governamentais.

A capacidade técnica e administrativa e a autonomia dos distintos setores envolvidos em dedicar recursos humanos, materiais e financeiros significativos para concretizar os projetos intersectoriais, direcionando as suas necessidades de acordo com valores e objetivos

convergentes, instituindo uma parceria que prevê compromissos mútuos, para além de interesses conflitantes, também foram uma condição avaliada como prioritária²⁸.

A inflexibilidade da estrutura administrativa para incorporar um novo modelo de organização, em torno de interesses articulados com outro setor e que viabilizasse, do mesmo modo, mudanças de processos administrativos foi amplamente citada. De maneira mais abrangente, um estudo sobre as práticas direcionadas à implementação de ações intersectoriais na APS comparou as rotinas organizacionais em seis municípios localizados no norte e sul da Austrália e apontou as restrições de recursos financeiros como o fator menos favorável à consecução das ações intersectoriais²⁹.

Ao refletir sobre a necessidade de reforço da integração intersectorial, Greer e Lillvis³⁰ destacaram dois problemas básicos, o de coordenação e o de durabilidade. Respectivamente, as dificuldades de conseguir que as organizações relevantes incorporem novos objetivos; e, somente se os problemas de coordenação forem resolvidos, tornar esses esforços sustentáveis ao longo do tempo. A liderança política foi destacada pelo potencial de envolver um conjunto de ações dos principais decisores políticos para alterar agendas, redirecionar medidas sistêmicas, como novas políticas intersectoriais e novos procedimentos operacionais.

A necessidade de reforço das habilidades dos agentes na etapa inicial de implementação de uma política intersectorial, por meio de capacitações gradativas para viabilizar a adaptação às mudanças e a superação de modelos de políticas setorializadas e fragmentadas, foi indicada por alguns autores³¹⁻³³. É importante destacar que esses estudos possuíam como fio condutor comum a discussão acerca da necessidade de fortalecimento das instituições melhorando a capacidade do pessoal para interagir com outros setores e instaurar um processo de tomada de decisões compartilhado.

A dinâmica dos gestores diretamente envolvidos com a coordenação do processo de implementação das intervenções explicitou o desafio de compatibilizar interesses díspares em cenários de intensas disputas por recursos de poder político. As principais dificuldades relacionavam-se com a assimetria de interesses entre distintos setores, a qual pode ser considerada como o ponto mais crítico por evidenciar as intencionalidades de alguns agentes em consubstanciar práticas setoriais; e pelo fato de não encontrarem condições de possibilidades para produção de práticas articuladas, o que acaba por refletir na reprodução de *modus operandi* de setores específicos, possivelmente por inabilidade técnica e administrativa, tendiam a manter e desenvolver sua própria burocracia, privilegiando os meios, e não os fins (resultados).

A INCIPIENTE CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA APS PARA A CONSTRUÇÃO DE AGENDAS INTEGRADAS E PARA A EXECUÇÃO DE AÇÕES INTEGRADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

O principal aspecto desfavorável identificado foi a inexistência de alinhamento de agendas setoriais no início do processo de colaboração, contexto operacional e pontos de vistas setoriais dos potenciais colaboradores. Tal situação, com a expansão da ESF e sua abrangência nos diferentes territórios do País, tem revelado a fragilidade da articulação intersetorial local. Nesse sentido, a negociação de atribuições e limites de cada setor parceiro no desenvolvimento de um programa de saúde foi apontada como um dos desafios para a formalização de uma colaboração intersetorial bem-sucedida.

Nesse debate, destaca-se a compreensão da prática do trabalho em saúde ao interior da rede de serviços na APS, entendida como estruturante de um sistema hierarquizado e regionalizado, orientadora dessa rede de atenção, com integração e coordenação de um cuidado contínuo. Contudo, experiências

mais recentes expuseram um cenário no qual as equipes não executavam rotineiramente ações intersetoriais e teriam também os seus esforços integrativos limitados, pois estariam na dependência da capacidade de condução da gestão local. As principais barreiras ou dificuldades diziam respeito às ações direcionadas a colocar em prática os princípios e as proposições derivadas das políticas, tendo em vista as variações vinculadas às diversas conjunturas e aos contextos onde ocorrem a implantação.

As barreiras para implementar a colaboração intersetorial foram identificadas em um estudo realizado por Trompette et al.³¹ com 19 gestores municipais em dez distintos setores. Para a análise, foram consideradas a capacidade técnica, a reflexão sobre os processos de tomada de decisão e hierarquização das estruturas organizacionais e as relações de poder entre os atores sociais envolvidos. O resultado deste estudo comparativo indicou que apesar da intersetorialidade constituir uma estratégia apropriada para lidar com problemas e necessidades de saúde, ela exige estruturas organizacionais horizontais, fusão de culturas departamentais e liderança dos gestores e secretários municipais a fim de ampliar a compreensão sobre a multidimensionalidade das ações para promoção da saúde³¹.

Por fim, as ações intersetoriais têm sido apontadas como fundamentais para o desenvolvimento de programas para promoção da saúde, acopladas à valorização de outro elemento, a participação comunitária. A participação social é considerada um dos pilares para a promoção da saúde, cujo objetivo é a autonomia e a emancipação dos usuários, para a sua máxima inclusão social na eleição de prioridades, nas decisões e na elaboração de estratégias coerentes com as necessidades do território. Contudo, no que concerne à necessidade de envolvimento e participação comunitária na implementação de intervenções direcionadas à redução de iniquidades sociais, poucos foram os estudos voltados a esta temática^{7-17,25-33}.

É importante destacar que esses escassos resultados demonstraram discussões relacionadas com o construto do empoderamento e integração de novas capacidades sociais para o processo de identificação de demandas, priorização de ações provenientes dos territórios, otimização da tomada de decisão e resolutividade das ações integradas. No entanto, é importante destacar que os estudos selecionados por esta revisão apresentaram a limitação de não descrever a operacionalização dessas ações nos distintos territórios adscritos à APS.

Dias et al.³⁴ apontaram como um dos elementos associados à dificuldade de planejar e apoiar as equipes de saúde introduzir e institucionalizar uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução de problemas do território sob sua responsabilidade. Dessa forma, o dilema em operacionalizar uma política necessariamente intersetorial explicitada em um ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente estabelecidas, com poucos profissionais disponíveis para a correta execução das políticas, o que leva à dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e ao comprometimento e envolvimento setorial, limitando o alcance das ações.

Littlejohns e Smith³⁵ indicaram a necessidade do monitoramento dos efeitos de intervenções complexas (constituída por um certo número de componentes, população, ambiente, fatores individuais e contextuais relacionados com a intervenção e com a participação comunitária). Do mesmo modo, destacaram como aspecto central a aceitação das intervenções por todos os atores sociais interessados e a disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros para garantir a sustentabilidade em longo prazo.

Ainda no que se refere às condições socio-políticas, a presença de múltiplos setores e canais de comunicação em ambos os setores envolvidos, com a evidência de distintos mecanismos operacionais das ações propostas pelas diretrizes das políticas que prevejam

ações intersetoriais, foi apontada por Baum et al.³⁶ como possível causa de alcance de diferentes resultados. Ainda que a proposição de uma intervenção intersetorial previsse um processo articulado e integrado dos agentes e setores, os estudos indicaram possíveis inconsistências e fragilidades presentes nesse percurso, tais como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas. Os autores constataram a existência de práticas multissetoriais com a presença de vários setores dedicando-se à resolução de um problema, mas sem reciprocidade, pois prevalecia a lógica e o ritmo da setorialidade que permeavam as instituições³⁶.

A proposição de uma nova lógica, que exige um novo reordenamento das práticas profissionais e maior viabilidade política e administrativa, tem se constituído em um desafio para o âmbito local. Nessa perspectiva, as evidências corroboraram a assertiva de que as instâncias deliberativas não têm conseguido se constituir como um espaço central para fundamentar o processo de gestão de objetivos comuns, planejamento conjunto e orientação do processo de implementação das ações intersetoriais. Trata-se, por conseguinte, de um grande desafio, posto que a integração proposta pressupõe uma relação de interdependência entre agentes e instituições distintas.

Essas insuficiências foram atreladas à inexistência de um ator social com capacidade de liderança e condução suficientes para convocar todos os demais atores pertinentes a participarem da intervenção, conforme apontado por Zicker et al.³⁷. Ademais, os mesmos autores relataram a incapacidade dos agentes envolvidos em instituir relações interinstitucionais necessárias para a execução da intervenção intersetorial e as assimetrias de capacidade decorrentes das práticas de gestão pautadas por tradições setoriais³⁷.

Guglielmina et al.³⁸, ao pesquisarem a execução de políticas intersetoriais regionais,

apontaram que as ações ainda são incipientes e pautadas por inúmeras limitações, particularmente referentes à restrição de recursos financeiros específicos, o que, para os mencionados autores, pode conduzir ao não atendimento dos objetivos da intervenção. Todavia, os estudos analisados não abordaram evidências sistematizadas sobre o tipo de estratégias adotadas pelos decisores políticos em fases específicas e avançadas de gestão do ciclo político para possibilitar a gestão das ações articuladas. De fato, identificou-se apenas a necessidade de avaliar a factibilidade e viabilidade das agendas na articulação de mecanismos que utilizam a intersectorialidade como parâmetro para a gestão das ações integradas.

Despontaram-se, similarmente, dificuldades para a avaliação das ações e da identificação dos processos, resultados e efeitos mais completos em extensão e profundidade, sobretudo a partir dos desdobramentos das modificações de estrutura em diferentes contextos em longo prazo, as quais foram sinalizadas como uma condição praticamente inexistente (pelo menos institucionalmente)³⁹.

O cenário supracitado contradiz os pressupostos da promoção da saúde, que expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorram por meio de construção e gestão compartilhadas, ou seja, por meio de ações articuladas em que haja diálogo, corresponsabilidade e cogestão entre os setores envolvidos em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Essa problemática aponta que, para além de atentar-se às regras formais que norteiam os processos típicos das políticas públicas intersetoriais, faz-se necessário observar as relações estabelecidas e outros fatores que compõem a rotina organizacional local, que nem sempre é favorável e/ou flexível à inclusão de iniciativas para a promoção da saúde.

O conjunto de evidências expostas neste artigo demonstrou a fragilidade do âmbito

local quanto à regulação da organização e aos procedimentos operacionais para implementar novas ações, sobretudo, as intersetoriais. Similarmente, indicaram que a complexidade para o fortalecimento da autonomia municipal perpassa pelo reconhecimento da potencialidade entre a articulação dos agentes de diferentes setores e institucionalidades e, também, pelo rompimento de padrões tradicionais de gestão, para promover um processo de gestão institucionalizado, orgânico e independente de mudanças dos aspectos políticos, técnicos e administrativos.

Não obstante, a sistematização permitiu identificar a formulação de diferentes estratégias para ampliar as ações e a gestão de políticas integradas em diversos contextos. A gestão de ações intersetoriais parece ser o ponto nevrálgico das experiências analisadas, pois a sua ausência explicitou o grau de dependência com outros entes federados, caso os municípios não consigam implementar mecanismos de gestão suficientemente articulados dos recursos locais.

Estratégias adotadas para fomentar a implementação e gestão de ações para promoção da saúde

Os resultados descritos em estudos empíricos recentes indicam que, na prática, as intervenções têm sido limitadas e incapazes de gerar ações integradas; mas, do mesmo modo, apontam a evolução de estratégias para a ampliação das ações para promoção da saúde em contextos diversificados. Cabe destacar algumas experiências desenvolvidas no âmbito local, que buscaram apreender fatores diferenciais para o êxito das iniciativas.

A disposição de relações intergovernamentais e interorganizacionais por meio da implementação de redes regionalizadas e de novas formas de gestão das políticas públicas foi citada como uma possibilidade para o fortalecimento da autonomia¹⁰. A regionalização foi citada como uma estratégia

capaz de permitir a agregação da capacidade dos governos locais em responder, de forma efetiva, aos problemas complexos para os quais recursos organizacionais e financeiros setorializados mostraram-se limitados.

Ante essa questão, Moretti et al.¹⁴ assinalaram a necessidade de estabelecer, em paralelo à adesão a políticas intersetoriais, protocolos que norteiem o desenvolvimento das ações articuladas entre os setores e investimentos na qualificação dos agentes, com vistas a assegurar a capacidade operacional na provisão e regulação das políticas públicas intersetoriais para a promoção da saúde no contexto municipal.

Para alguns autores, a aproximação dos profissionais envolvidos na implementação de ações intersetoriais e a discussão de estratégias para o programa proporciona um nivelamento técnico conceitual, que pode viabilizar a gestão intersetorial e a sustentabilidade da ação local¹⁵⁻¹⁸. Esses estudos ressaltam, de maneira geral, que o diálogo entre os agentes de distintos setores é o passo inicial para o estabelecimento de novas relações articuladas.

A formalização de parcerias e de novos espaços para fomentar a implementação de intervenções, por meio de planos estratégicos locais que possam elencar demandas prioritárias de acordo com as necessidades sociais e de saúde de cada território de atuação, são apontadas pelos estudos como fatores favoráveis¹⁹.

O uso de indicadores comuns capazes de contribuir para a mensuração dos resultados alcançados pelas políticas integradas foram estratégias associadas à possibilidade de ampliar a identificação e análise de assimetrias administrativas e o estabelecimento de metas pactuadas. Nesse sentido, Moyses e Franco de Sá²¹ indicaram o método Bambu como uma estratégia para elaboração de planos locais de promoção da saúde, o qual permite a priorização e o planejamento de ações locais mediante a escuta da população e dos gestores. Os mesmos autores reforçaram que o processo de escuta dos atores e das redes sociais poderia conduzir a um processo

de negociações entre os atores, setores ou instituições e ao planejamento e monitoramento contínuo de ações intersetoriais.

As proposições direcionadas à reorientação das práticas do trabalho incluíram capacitações técnicas planejadas a partir das fragilidades identificadas pela equipe, na lógica da interdisciplinaridade das ações para os profissionais da atenção e da gestão, para a melhoria da capacidade intra e interorganizacionais e para o desenvolvimento de capacidades direcionadas ao fortalecimento do planejamento integrado²².

Do ponto de vista da organização sociopolítica, o fortalecimento da governança local foi evidenciado como aspecto prioritário no processo de implementação da articulação entre os setores e intensificação do interesse em agir em conjunto e em prol do coletivo social, para minimizar os efeitos das mudanças organizacionais em novos ciclos políticos²³.

Para a ampliação dos aspectos institucionais integrados, foi indicada a adoção da combinação de estratégias em etapas prévias ao desenvolvimento de políticas, como: a alteração dos fluxos organizacionais, novas divisões de atribuições dos atores sociais, um sistema de apoio à gestão, o estabelecimento de processos organizacionais compartilhados entre os setores²⁵.

Outra estratégia considerada um mecanismo potente para afirmar e reforçar as relações de corresponsabilidade necessárias à produção de consensos e à tomada de decisões compartilhadas no âmbito local foi a existência de um grupo de trabalho intersetorial institucional e com funcionamento regular e contínuo²⁶. De maneira semelhante, para outros autores, alinhar as agendas setoriais divergentes no início do processo de colaboração constitui uma condição imprescindível para o estabelecimento de intervenções articuladas²⁷.

Como alternativa para mensurar a articulação em distintos territórios, a realização de diagnósticos situacionais, participativos e integrados às necessidades e potencialidades

locais, que permitam a criação de espaços de trocas e negociações; e a elaboração de uma agenda de ações compartilhadas, priorizando o monitoramento e avaliação, também foram citados²⁸. Para tanto, os mencionados autores destacaram que o atendimento a tal prerrogativa exige a extrapolação de utilização de tecnologias médico-sanitárias e engloba tecnologias de comunicação social com o intuito de viabilizar a mobilização, organização e atuação de diferentes atores sociais na promoção e defesa de condições de vida e saúde.

O planejamento cooperativo, do mesmo modo, foi proposto como alternativa prioritária para orientar o desenvolvimento de parcerias intersetoriais, transformar os processos políticos e direcionar a construção de planos locais integrados. Um modelo interativo aplicado em diversas fases capaz de identificar os atores envolvidos, comunidade, decisores políticos do poder executivo, representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs) e pesquisadores foi citado como uma possibilidade de avaliar os determinantes centrais das políticas. O modelo previa também a proposição de medidas para promover mudanças estruturais, como realocações intraorganizacionais de recursos (humanos, financeiros e materiais), identificação de novas fontes de financiamento, maior envolvimento dos atores vinculados aos distintos setores, bem como intensificação de contatos e cooperação entre instituições de diferentes setores²⁸.

Destaca-se que foi mencionada a identificação de efeitos das intervenções complexas mediante a utilização de alguns fatores de transferibilidade relacionados com a população, com o processo de implementação, com os setores envolvidos, com os contextos sociopolíticos específicos³¹. Contudo, os autores explicitaram que esses fatores teriam validade externa ao serem incluídos nos modelos de implementação e utilizados como ferramentas para avaliar a transferência do modelo das intervenções para outros contextos considerados semelhantes³¹.

Baum et al.³⁶ assinalaram que a implementação de um processo de políticas integradas deve envolver a capacidade de negociação e de comunicação entre os distintos atores e setores, para alcançar um melhor entendimento das políticas, objetivos, linguagem, valores e prioridades dos outros setores. Os autores sugeriram que a convergência contínua de problemas e de ação estratégica pelos envolvidos oportunizam a cooperação, integração, intercâmbio de informações e o sucesso de políticas intersetoriais e, conseqüentemente, a permanência na agenda política e uma contínua integração entre os setores.

Uma proposta passível de potencializar as articulações intersetoriais foi discutida por Zicker et al.³⁷, que propuseram a translação de conhecimentos por meio da aplicação destes pelos *stakeholders*, a fim de ampliar o alcance das ações integradas para promoção da saúde. A translação refere-se à incorporação do conhecimento produzido na implementação de práticas em um sistema de saúde como dispositivo para a melhoria de capacidades intrasetoriais e intersetoriais, por meio da otimização da gestão de dados, translação de resultados e avaliação de impactos de políticas. Para tanto, os autores propuseram a utilização do modelo de maturidade para avaliar a fase de integração entre os setores de sistemas locais por meio da identificação de características significativas, atividades explícitas, acordos de colaboração concretos e resultados visíveis, sendo possível avaliar e categorizar as fases de implementação das ações integradas, desde não reconhecida, quando não há atenção específica para o problema; até institucionalizada, quando há uma melhoria sistemática, da política e administrativa, em cada ciclo da política municipal.

Por fim, outros autores³⁸⁻⁴⁰ apontaram como estratégias favoráveis para o entendimento e melhoria do processo de formulação e implementação de ações intersetoriais: (1) a presença de um planejamento local com objetivos, metas, cronograma e um prazo

realista; (2) o compartilhamento de ações por meio de uma abordagem dinâmica e uma equipe experiente e capacitada; (3) a presença de uma liderança eficaz que direcione ações; e, (4) a disponibilidade de recursos e a tomada de decisão colaborativa.

Considerações finais

A revisão de literatura contemplou estudos produzidos no campo da saúde pública/saúde coletiva, especialmente relacionados com as intervenções para promoção da saúde, e evidenciou os fatores relacionados com as condições contextuais restritivas para a implementação e gestão intersetorial.

A análise dos artigos selecionados permitiu assinalar duas premissas acerca da ação intersetorial para promoção da saúde. A primeira premissa é de caráter político, e propõe que a integração de diversos setores permita a busca de soluções mais integrais. Já a segunda é de natureza técnica, uma vez que acredita que a integração entre os setores permite que as diferenças entre eles possam ser usadas produtivamente para resolver problemas sociais. Ademais, a maioria dos estudos sugeriram a combinação adequada de ações que permitissem identificar os resultados atribuídos às intervenções para promoção da saúde e de políticas implementadas pelos setores relevantes a partir de diferentes domínios, gestão ou operacionalização das práticas.

Os estudos analisados, todavia, identificaram apenas a necessidade de avaliar a factibilidade e viabilidade das agendas na articulação de mecanismos que utilizam a intersectorialidade como parâmetro para a gestão das ações integradas. Portanto, o conjunto de dificuldades sinalizadas em experiências desenvolvidas para a implementação de ações e gestão integrada reforçam a necessidade de outros estudos, que possam avaliar o estabelecimento de uma intervenção concreta com ações direcionadas a promoção da saúde em territórios cobertos pela ESF.

Embora os estudos analisados por esta revisão não tenham conseguido responder a todas as questões suscitadas, remetem à necessidade de que esforços sejam somados continuamente, no intuito de superar os desafios e incertezas que se opõem a implementação e gestão de ações intersetoriais, particularmente no âmbito da APS.

Colaboradores

Prado NMBL contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção, delineamento, coleta, análise e processamento dos dados, redação da versão final do artigo. Santos AM contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: análise e processamento dos dados, redação da versão final do artigo, contribuição significativa na revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Lewis W. Empowerment and the ecological determinants of health: three critical capacities for practitioners. *Health Promot Int* [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 maio 28]; 32(4):711-722. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/4/711/2951016>.
2. Potvin L, Jones CM. Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Can J Public Health* [internet]. 2011 jun [acesso em 2018 maio 28]; 102(4):244-248. Disponível em: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/2725>.
3. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the Development and Implementation of Health Promoting Policy and Programs: a Scoping Review at the Local Community Level. *BMC Public Health*. 2016 fev; 16:140.
4. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1799-1809, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>.
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(3):783-794.
6. Albuquerque TIP, Franco de Sá RMP, Araújo JLC. Perspectivas e desafios da nova Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2016 jun [acesso em 2018 maio 28]; 21(6):1695-1170. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07672016>.
7. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. 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. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):52-68.
8. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2018 jan 28]; 34(4):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt.
9. Storm I, Harting J, Stronks K, et al. Measuring stages of health in all policies on a local level: The applicability of a maturity model. *Health Policy*. 2014; 114(2-3):183-191.
10. Peckham S, Hann A, Kendall S, et al. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: A scoping study. *Prim Health Care Res Dev*. 2017; 18(6):529-540.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-357.
12. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 28]; 14(3):783-794. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.
13. Horta NC, Sena RR, Silva Maria EO, et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2009 [acesso em 2018 jan 25]; 62(4):524-529. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400005>.
14. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2010 [acesso em 2018 jan 12]; 15(Supl.1):1827-1834. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>.

15. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2018 jan 22]; 14(3):861-868. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300021>.
16. Silva KS, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2010 [acesso em 2018 jan 20]; 63(5):762-769. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en.
17. Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2010 abr [acesso em 2017 dez 10]; 23(2):200-205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200008>.
18. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 10]; 38(esp):69-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>.
19. Littlejohns L, Smith BN. Building bridges between health promotion and social sustainability: an analysis of municipal policies in Western Canada. *Local Environment*. 2013; 19(4):449-468.
20. Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 10]; 19(8):3553-3559. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>.
21. Moysés ST, Franco de Sá R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2014 [acesso em 2017 dez 10]; 19(11):4323-4330. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11102014>.
22. Cavalcanti AD, Cordeiro JC. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. *Rev Bras Med Família Comun*. 2015; 10(37):1-9.
23. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez 10]; 40(111):193-205. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400193&lng=en.
24. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jan 10]; 10(2):235-255. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>.
25. Azevedo E, Pelicioni MCF, Westphal MF. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis* [internet]. 2012 [acesso em 2017 dez 10]; 22(4):1333-1356. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005&lng=en.
26. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2018 maio 28]; 27(8):1507-1519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800006&lng=en.
27. Whelan J, Love P, Pettman T, et al. Cochrane Update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance. *J Public Health*. 2015 jun; 36(2):347-351.
28. Rütten A, Gelius P. Building policy capacities: an interactive approach for linking knowledge to action in health promotion. *Health Promotion Internet* 2014 set; 29(3):569-582.

29. Anaf J, Baum F, Freeman T, et al. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. *Aust N Z J Public Health*. 2014; 38(6):553-559.
 30. Greer SL, Lillvis DF. Beyond leadership: political strategies for coordination in health policies. *Health Policy* [internet]. 2014 maio [acesso em 2018 jan 14]; 116(1):12-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576497>.
 31. Trompette J, Kivits J, Minary L, et al. Stakeholders' perceptions of transferability criteria for health promotion interventions: a case study. *BMC Public Health*. 2014; 14:1134-1140.
 32. Tess BH, Aith FMA. Intersectoral health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 nov; 19(11):4449-4456.
 33. Hendriks A, Jansen MWJ, Gubbels JS, et al. Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization – A qualitative exploration. *Health Policy Technol*. 2015 mar; 4(1):47-57.
 34. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2014 nov [acesso em 2017 dez 10]; 19(11):4371-4382. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>.
 35. Littlejohns LB, Smith N. Building bridges between health promotion and social sustainability: an analysis of municipal policies in Western Canada. *Intern J Justice Sustainability*. 2014; 19(4):449-468.
 36. Baum F, Angela L, Toni D, et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. *Health Promotion Inter*. 2014; 29(supl.1):130-142.
 37. Zicker F, Faid M, Reeder J, et al. Building coherence and synergy among global health initiatives. *Health Res Policy Syst*. 2015; 13:75-82.
 38. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*. 2016; 16:140-151.
 39. Kothari A, McPherson C, Gore D, et al. A multiple case study of intersectoral public health networks: experiences and benefits of using research. *Health Res Policy Syst*. 2016; 14:11-22.
 40. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, et al. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*. 2018; 122:284-292.
-
- Recebido em: 30/05/2018
Aprovado em: 23/08/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco

The trajectory of the Research Network on Primary Health Care of Abrasco

Henrique Sater de Andrade¹, Inaiara Bragante²

DOI: 10.1590/0103-11042018S127

RESUMO A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) vem buscando, nos últimos oito anos, a participação, o acesso e o intercâmbio de conhecimento científico nacional e internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) entre pesquisadores, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta-se o contexto de seu surgimento, uma análise cronológica de seus principais marcos históricos e sua relação com o desenvolvimento e com a avaliação de políticas brasileiras de atenção básica. Realizou-se uma análise documental de publicações on-line, documentos oficiais e atas de reuniões e entrevistas com personagens ligados à criação e ao desenvolvimento da Rede. A Rede APS participou diretamente da avaliação de políticas centrais à estruturação da atenção básica brasileira, com destaque para o apoio ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a difusão de pesquisas sobre o Programa Mais Médicos e dos debates críticos sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. A partir de iniciativas como essa e buscando fortalecer o diálogo e o intercâmbio entre gestores, trabalhadores e pesquisadores do SUS, a Rede pode seguir exercendo um papel relevante na estruturação e na avaliação da APS no País.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa. Atenção Primária à Saúde. Estudos de avaliação.

ABSTRACT *Research Network on Primary Health Care (Rede APS) has been seeking for the last 8 years the participation, access and exchange of national and international scientific knowledge on Primary Health Care (APS) among researchers, managers and workers of Unified Health System (SUS). We present the context of its emergence, a chronological analysis of its main historical events and its relationship with the development of policies related to Brazilian APS. We have carried out a documentary analysis of online publications, official documents and meeting reports and interviews with actors related to its creation and development. Rede APS had an important influence on the evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Health Care (PMAQ-AB), the dissemination of research on the More Doctors Program and in the critical debates about the reformulation of the National Policy of Primary Health Care (PNAB). Based on initiatives such as this one and seeking to strengthen the dialogue and exchange among managers, workers and researchers, this network can continue to play a relevant role in structuring and evaluating APS in Brazil.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9847-3663>
hsatera@gmail.com

²Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1982-1103>
inaiara.smsdc@gmail.com

KEYWORDS *Research. Primary Health Care. Evaluation studies*



A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) é uma rede vinculada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) que promove, há oito anos, a participação, o acesso e o intercâmbio de conhecimento científico nacional e internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) entre pesquisadores, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente artigo tem como objetivo apresentar o contexto de surgimento da Rede APS, uma análise cronológica de suas principais iniciativas e a relação dela com o desenvolvimento de políticas brasileiras vinculadas à atenção básica. Dentre estas, destacaremos a participação da Rede na formulação e execução do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011, na difusão de pesquisas sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), a partir de 2013, e nos debates críticos sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2017.

Para isso, realizamos uma análise documental de publicações on-line no site da Rede (rededepesquisaaps.org.br), documentos oficiais e atas das reuniões realizadas pelo seu comitê gestor. Realizamos também entrevistas com personagens diretamente envolvidos em seu lançamento e consolidação nos últimos anos, entre os quais: integrantes do comitê gestor da Rede, o atual coordenador do comitê gestor e a diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) no momento de criação da Rede.

Histórico do surgimento da Rede

O surgimento da Rede APS insere-se em um contexto de avanço da institucionalização da avaliação em saúde, que ocorreu no Brasil, em especial, a partir de 2002. A avaliação de políticas públicas e programas sociais define-se, segundo Contandriopoulos¹, por:

[...] aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação¹⁽⁷⁰⁶⁾.

No campo da saúde, as pesquisas de avaliação surgem vinculadas aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções e de sistemas de informação que sejam capazes de orientar políticas sanitárias.

Redes de pesquisa no campo da APS foram estabelecidas em países como a Inglaterra para desenvolver e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências científicas. Essas redes podem possibilitar ‘coalizões de pesquisadores’ para produzir agendas estratégicas de investigação e qualificar a experiência do cuidado na atenção primária².

No Brasil, a avaliação em APS avançou especialmente por meio de iniciativas ao interior do DAB e de projetos como o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), executado pelo DAB a partir de 2003³. O Proesf tinha como eixo central a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e visava qualificar os processos de gestão e trabalho apontando formas de institucionalizar a avaliação em APS; o qual promoveu amplo edital para execução de pesquisas avaliativas nos municípios brasileiros de maior porte⁴.

A partir do avanço da avaliação na atenção básica e de pesquisas avaliativas fomentadas pelo próprio DAB, começaram a surgir propostas de organização de uma rede de pesquisa no âmbito da APS. As primeiras ideias sobre uma rede nesses moldes foram discutidas em 2007, em uma reunião organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo MS em Belo Horizonte (MG),

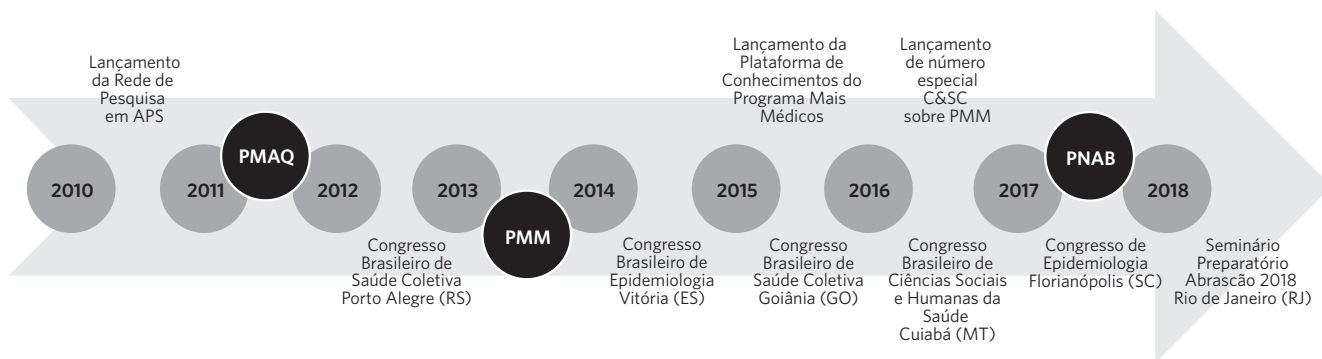
que incluiu a participação do Ministério da Saúde do Canadá, outras instituições europeias e pesquisadores convidados. É importante ressaltar que o início das discussões ocorreu em momento de avanços na área, um ano após a publicação da primeira PNAB (2006). O Brasil, por contar com uma extensa rede de universidades e instituições de pesquisa com pesquisadores envolvidos em estudos de APS, foi apontado como possível líder no processo de mobilização científica em APS por meio de uma rede de pesquisa⁵.

Com a articulação entre distintas entidades governamentais e acadêmicas, a Rede APS foi lançada três anos mais tarde, em 24 de

março de 2010, no Seminário Internacional em APS no Rio de Janeiro. Desde seu lançamento, a Rede é vinculada à Abrasco.

Claunara Mendonça, diretora do DAB na época do lançamento da Rede, afirma que o departamento “*tinha interesse em investir em pesquisas sobre APS e já havia feito reuniões com entidades como a Opas nesse sentido*”. Segundo ela, a ideia inicial era construir uma rede de pesquisas envolvendo todo o continente americano, o que incluiria a apresentação de comunidades de práticas internacionais; mas o projeto não avançou totalmente, e foi mantida e fortalecida a proposta de uma rede brasileira.

Figura 1. Linha do tempo da Rede de Pesquisa em APS



PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica; PMM: Programa Mais Médicos; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.

Luiz Facchini, coordenador da Rede, afirma que a “*grande origem da Rede*” foi a articulação de um conjunto abrangente de instituições interessadas nas pesquisas de APS e representou uma valorização da pesquisa e da participação das universidades nesse campo. Essa articulação incluiu, além da Abrasco: a Opas; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

(SBMFC); a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem).

Sem um desenho fechado, a Rede busca a participação ampla e a formação de uma comunidade composta por trabalhadores, gestores e pesquisadores vinculados ao SUS. Considera-se que o formato de uma rede contribui para a construção de conexões entre atores envolvidos na avaliação em saúde. Apresenta-se como um modelo promissor para o fortalecimento de pesquisas e

de formas comuns para a sistematização dos conhecimentos, apesar da ampla variação de atores envolvidos em seus territórios de ação.

De acordo com Rovere⁶, a consolidação de uma rede depende da fusão de valores como a aceitação e reconhecimento do outro, o interesse nos saberes produzidos, a reciprocidade na colaboração desenvolvida, a solidariedade na cooperação e a confiança na associação. Para que alguém decida entrar para uma rede, é fundamental o exercício cotidiano do encontro e a decisão colaborativa entre os associados.

Nesse sentido, uma rede precisa, para além de uma série de entidades e de indivíduos em contato, da produção de estruturas abertas, capazes de se expandir e integrar novos atores que possam compartilhar os mesmos códigos de comunicação e consigam se comunicar dentro dela⁷.

Desde o início, a Rede APS propôs-se a produzir um espaço apto a construir pontes entre pesquisadores, profissionais e gestores, a ampliar as buscas por informações qualificadas e a aprimorar a avaliação em saúde no âmbito da APS. Além disso, propôs-se a colaborar ativamente para a definição de agendas prioritárias de pesquisas em APS, para a sistematização de informações nacionais sobre o conhecimento da APS, para a tradução de questões de gestores e trabalhadores de APS em pesquisas e de resultados de pesquisas em subsídios para a tomada de decisão informada.

A Rede busca também o intercâmbio de estratégias metodológicas, técnicas e instrumentos de pesquisa entre os atores envolvidos. Para isso, tem como horizonte o fortalecimento do vínculo entre os participantes e o comitê gestor, tanto pelo *site* e fóruns públicos no ambiente eletrônico como por eventos presenciais.

Seu comitê coordenador conta hoje com 29 pesquisadoras e pesquisadores (17 mulheres e 12 homens), de 11 estados distintos (Acre, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio

Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo) que incluem todas as regiões do País.

Desde seu lançamento, a Rede teve participação ativa nos congressos da Abrasco e buscou construir em suas programações atividades vinculadas a pautas estratégicas relativas à APS, efetuando reuniões, oficinas e seminários nos locais dos eventos. Realizou um total de 25 atividades nacionais coordenadas pelo seu comitê gestor. Nessas oficinas e seminários, foram debatidos, entre outros temas, instrumentos e análises sobre a avaliação em saúde, estratégias metodológicas para a pesquisa em APS, a formação profissional e a gestão e o financiamento da APS, seu papel dentro dos sistemas de saúde, analisados resultados de pesquisas em APS realizadas pelos grupos de pesquisa integrantes da Rede, bem como foram discutidas extensamente variadas políticas e iniciativas vinculadas à atenção básica brasileira.

No período, a Rede, publicou um total de 1.404 postagens em seu *site*, divulgou mais de 70 editais de pesquisa e realizou 30 entrevistas com personagens relacionados com a APS no País e no mundo. Os boletins são enviados para mais de cinco mil inscritos em sua rede de distribuição, nos quais divulga chamadas para eventos, editais, artigos e outras produções científicas de temas relevantes relacionados à APS.

Nos últimos anos, a Rede apoiou iniciativas de avaliação de políticas governamentais, tendo como um de seus objetivos favorecer o diálogo entre pesquisadores e gestores em APS e informar o debate fundamentado de decisões governamentais no âmbito da APS, proporcionando um espaço de reflexão crítica sobre as políticas de APS no País.

Apoio à avaliação externa do PMAQ-AB

O PMAQ-AB no Brasil, instituído em 2011, tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da

atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, bem como permitir maior transparência e efetividade das ações na APS⁸.

O Programa inclui em uma de suas fases a avaliação externa, em que são examinados aspectos do acesso e da qualidade por meio de inquéritos com observação *in loco* e entrevistas com profissionais das equipes de saúde da família sobre a infraestrutura das unidades básicas de saúde, sobre o processo de trabalho das equipes e sobre as experiências de uso e a satisfação dos usuários.

Representantes da Rede APS participaram ativamente do processo de implementação do PMAQ. A avaliação externa desse programa vem sendo realizada por instituições públicas de ensino superior a partir de recomendação da Rede APS para a equipe responsável pelo programa no DAB/MS⁹. Além disso, a Rede mobilizou a expertise de seu comitê gestor para definir perguntas-chave do processo de avaliação. Instituições acadêmicas participantes da Rede, por meio de uma colaboração solidária e intensa, coordenaram a parceria com mais 40 instituições de ensino superior em todo o Brasil, fundamentaram teoricamente o programa e colaboraram para o delineamento dos instrumentos de coleta de dados.

As principais instituições de ensino que participaram do planejamento e que coordenaram o desenvolvimento da avaliação externa no país foram: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade Federal da Bahia (UFBA); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A visita *in loco* às equipes de saúde da família e a realização de entrevistas com trabalhadores, gestores e usuários em todas as regiões do Brasil representaram um esforço avaliativo inédito na história da APS no País.

O primeiro ciclo (2011-2012) teve mais de 17 mil equipes certificadas, 65 mil usuários entrevistados e um total de 900 avaliadores externos. Do segundo ciclo (2014-2015), participaram quase 30 mil equipes, 114 mil usuários e 2 mil avaliadores externos.

Parte significativa das reuniões e atividades da Rede APS desse período foi mobilizada no esforço de apoiar a avaliação externa do programa. Em entrevista, Elaine Thumé, professora da UFPEL e integrante do comitê gestor da Rede, detalha esse processo, afirmando que:

Nossa ideia era fazer diferente do que aconteceu no Proesf. Nós buscávamos um instrumento que seria o mesmo para fazer um censo e visitar todas as unidades de saúde da família do Brasil. Nunca tinha havido tamanho esforço de convergência, essas instituições não trabalhavam como parceiras e nesse momento nós buscamos convergir para um esforço nacional de parceria.

Esse instrumento único incorpora-se no processo de institucionalização da avaliação em saúde, tanto no âmbito acadêmico quanto na construção de padrões e indicadores de acesso e de qualidade da gestão e da atenção na APS. Merece destaque o fato de uma rede de pesquisa vinculada especialmente a universidades públicas apoiar um processo de avaliação em saúde. Ao invés de optar pela realização da avaliação externa feita por entidades privadas, o MS, naquele momento, fortaleceu a criação de um corpo de pesquisadores e, sobretudo, uma cultura de pesquisa avaliativa no âmbito da universidade pública e do SUS.

Fortalecimento da avaliação dos efeitos do Programa Mais Médicos a partir de 2013

O PMM foi instituído em outubro de 2013 com a finalidade de fortalecer a APS no

Brasil e garantir a provisão de recursos humanos na área médica para o SUS, diminuindo a carência desses profissionais em regiões prioritárias e qualificando a formação médica voltada para a APS no País¹⁰. O programa previa o provimento emergencial de médicos, a criação de vagas de graduação em medicina, mudanças no âmbito da formação e nas residências médicas e o fortalecimento da atenção básica.

Três anos após seu lançamento, o MS estimava que 18.240 médicos haviam sido contratados pelo programa em 4.058 municípios e 34 distritos indígenas. Essa quantidade de vagas representa cerca de 45% do total de equipes de ESF no território nacional.

Desde o início, o comitê gestor da Rede APS tomou o PMM e seus efeitos sobre o SUS como um tema prioritário no âmbito da avaliação da APS no País. Em 2015, durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Goiânia (GO), foi lançada a Plataforma de Conhecimentos do Programa Mais Médicos (<http://maismedicos.bvsalud.org/>), fruto de uma articulação da Rede com a Opas e com o MS. A plataforma tem como objetivo compartilhar os conhecimentos acumulados no processo de implementação do programa, tornar seus resultados públicos e facilitar o intercâmbio de experiências. Em junho de 2018, o acervo digital da plataforma contava com 428 publicações, sendo 249 artigos, 66 teses e dissertações e 22 monografias.

No início de 2016, o Comitê Gestor da Rede, em parceria com a Opas, divulgou uma chamada pública para publicação de um número temático sobre o PMM na revista 'Ciência & Saúde Coletiva' da Abrasco. Com o título de 'Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos: análises e perspectivas', a edição priorizava estudos relacionados com: a) ampliação de cobertura, acesso e resolubilidade na rede de atenção básica à saúde e em outros níveis do sistema de saúde; b) organização dos sistemas locais de saúde; c) redução de desigualdades e iniquidades em saúde; d) experiências e satisfação de usuários do SUS;

e) experiências e satisfação dos médicos do programa; f) experiências institucionais na formação profissional de médicos e mudanças curriculares em cursos de graduação e residência; g) especialização, educação permanente e supervisão presencial de médicos do programa e h) fontes de informação sobre o PMM e prioridades na avaliação.

Com editoria de integrantes do comitê gestor da Rede, a partir da chamada pública, foram recebidos mais de 70 artigos avaliados por pares. Publicada em setembro do mesmo ano, a edição contou com 23 artigos originais, além de três artigos de opinião e de um debate sobre conquistas e limites do programa¹².

Além disso, a partir da articulação da Rede APS com a Opas, foram produzidos três relatórios técnicos sobre avaliação e evidências do PMM, relativos a um panorama da produção científica¹¹, ao fortalecimento do olhar do gestor e a estratégias metodológicas para a avaliação de impacto do provimento emergencial do PMM.

Com essas iniciativas, a Rede, seguindo seus objetivos de publicizar resultados de pesquisa e promover a gestão de conhecimentos para informar a gestão pública, fortaleceu a avaliação e a reflexão crítica sobre o PMM. Conforme afirmaram os autores do editorial do número temático e membros do comitê gestor da Rede:

[...] consideradas as mudanças e as indefinições recentes do cenário político brasileiro, com iniciativas que atentam contra o direito à saúde e as perspectivas de avanços na construção do SUS, dadas as ameaças de desvinculação de receitas e de constitucionalização de limites para despesas públicas, em contexto de subfinanciamento crônico do SUS, é preocupante a sustentabilidade do PMM. Se quisermos um sistema nacional de saúde com base em uma APS robusta, resolutiva e de qualidade, é essencial garantir a continuidade do PMM, notadamente as estratégias que envolvam o provimento de profissionais e uma formação focada na atuação médica generalista¹²⁽²⁶⁵²⁾.

Críticas à reformulação da PNAB em 2017

Editada pela primeira vez em 2006, a PNAB é o principal documento orientador da APS no SUS. Estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Em 2017, um dos principais debates sobre APS foi a proposta de reformulação da PNAB. Após o anúncio de que a política seria revisada e da divulgação das mudanças propostas, diversas entidades vinculadas ao SUS e ao Movimento da Reforma Sanitária posicionaram-se alertando para os riscos das propostas para uma atenção primária de qualidade no SUS. Em nota publicada pela Abrasco, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), apontavam-se críticas às mudanças no papel dos Agentes Comunitários de Saúde, à implantação de modo reducionista de uma relação de serviços essenciais e estratégicos na APS e nas mudanças nas formas de financiamento da ESF e de equipes tradicionais de atenção básica, com fim da prioridade para o modelo assistencial da ESF¹³. Após esses questionamentos, em julho de 2017, o MS lançou uma Consulta Pública¹⁴, abrindo para a população um espaço de avaliações ao texto proposto.

Além dos posicionamentos institucionais, o debate sobre as mudanças na atenção básica do País também chegou à imprensa. Luiz Facchini afirmou à TV Globo, na época, que, com a aprovação das mudanças, recursos que hoje são destinados exclusivamente à ESF serão divididos com outras modalidades de atendimento e fragilizarão essa modalidade bem-sucedida¹⁵.

Outros membros da Rede foram entrevistados e se posicionaram publicamente contra a reformulação da política. Lígia Giovanella, professora da Ensp/Fiocruz, afirmou ao ‘Estadão’ que

o texto repete várias vezes que a Saúde da Família é estratégica, mas rompe com essa suposta prioridade ao estabelecer que usará verbas específicas para financiar outras formas de atenção básica¹⁶⁽²⁾.

Nesse contexto de ameaças ao SUS, a repercussão do debate evidenciou a importância do tema da APS para o País. Durante o período da consulta pública, a Rede organizou um fórum público para debater a questão. A Consulta Pública chegou a ser prorrogada por mais três dias¹⁷, devido a mais de cinco mil submissões ao formulário eletrônico.

Mesmo sob protestos, a nova versão da PNAB foi publicada em 21 de setembro de 2017, pela Portaria nº 2.436¹⁸. Ainda que o texto final pouco tenha considerado os resultados da consulta pública e os posicionamentos institucionais, avaliou-se que as críticas produzidas no interior da Rede foram importantes para dar visibilidade aos problemas decorrentes da nova política, em especial sobre novas formas de financiamento e na organização assistencial das equipes¹⁹.

O futuro da Rede APS no contexto de retrocessos para a APS e para o SUS

A Rede APS vem contribuindo em quase uma década de sua trajetória para o avanço da pesquisa e para a institucionalização da avaliação em saúde no Brasil, em especial no âmbito da APS. Na avaliação de Luiz Facchini:

A Rede tem capacidades muito promissoras, de interlocução, de multiplicar interesses de outros atores fora da academia. No Brasil, temos um número crescente de trabalhadores e gestores com formação na área de APS e que tem interesse em aumentar sua capacidade de resposta a partir, por exemplo, de estudos de avaliação.

Em março de 2018, a Rede realizou um Seminário Preparatório para o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva Rio de Janeiro, propondo o tema ‘De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS – avanços, desafios e ameaças’ e com a participação de centenas de pessoas. O seminário recomendou construir uma agenda estratégica a partir de eixos essenciais para a APS no País.

No seminário, foram expostos efeitos positivos²⁰ da implementação da APS no Brasil, em especial com a ESF a partir da década de 1990. Foram destacadas, por exemplo, a queda da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à APS. Foram apresentados também resultados preliminares de um estudo²¹ dos efeitos da recessão econômica e da austeridade fiscal sobre a saúde. Nesse cenário, estima-se cerca de 20 mil mortes infantis e de 124 mil hospitalizações por doenças evitáveis a mais no Brasil até 2030 decorrentes dos cortes nos gastos públicos em APS.

Nesse sentido, o evento trouxe à tona o reconhecimento de que o País vive um momento de graves retrocessos, perda de direitos, ataques à democracia e cortes significativos dos gastos públicos. Apontou o risco de desfiguração da APS, transformada em uma modalidade de serviços básicos de saúde seletivos e de baixíssima qualidade, organizados sob a lógica de atendimento ‘queixa-conduta’, sem vínculo e responsabilidade sanitária. Destacou-se a necessidade de seguir investigando esse contexto e seus efeitos, a fim de identificar as limitações e contradições da expansão recente da APS no Brasil e a capacidade de sustentação política do avanço de políticas sociais em momentos de crise.

O seminário contou com uma extensa preparação prévia, que incluiu a elaboração e a publicação de textos relacionados com os eixos da agenda e a realização de debates

de propostas e estratégias para a APS e para o SUS. As proposições foram reunidas em torno de sete eixos: a) Universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade; b) Agentes Comunitários de Saúde: sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde; c) Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral; d) Fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social; e) Mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades; f) Gestão pública democrática, participativa e transparente; g) Formação de profissionais de saúde para a APS integral.

A partir desse processo, foi elaborada uma Agenda Política Estratégica para a APS no SUS, discutida e aprimorada em oficina durante o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. A agenda vem sendo amplamente divulgada e encontra-se publicada neste número temático.

Em síntese, o comitê gestor da Rede APS teve importante influência no desenvolvimento e/ou avaliação de duas das principais políticas da atenção básica brasileira (o PMAQ e o PMM) no período, e, mais recentemente, articulou-se e manifestou-se criticamente ante a revisão da PNAB. A partir de iniciativas como essa e buscando fortalecer o diálogo e o intercâmbio entre gestores, trabalhadores e pesquisadores do SUS, a Rede produziu-se e poderá seguir exercendo um papel relevante na estruturação e na avaliação da APS no País.

Colaboradores

Andrade HS e Bragante I participaram igualmente da concepção, escrita, formatação e revisão do presente artigo. ■

Referências

1. Contandriopoulos A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(3):705-11.
2. Thomas P. Networks for research in primary health care. *BMJ*. 2001; 322(7286):588-90.
3. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(8):11727-1742.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família [internet]. [acesso em 2018 maio 21]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/proesf/apresentacao_PROESF_Geral.pdf.
5. Sampaio LFR. Como surgiu a ideia de criar uma rede de pesquisa em atenção primária à saúde (APS) [internet]. [acesso em 2018 maio 15]. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/2010/07/30/dr-luis-fernando-rolim-sampaio/>.
6. Rovere M. *Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública, Instituto Lazarte; 1999.
7. Castells M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
8. 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 [internet]. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 2011. [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf.
9. Almeida PF, Lima JG. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Kalinowski CE, Crozeta K, Costa MFBNA, organizadores. *PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 4*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 53-98. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).
10. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 [internet]. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013 [acesso em 2018 maio 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. *Programa Mais Médicos no Brasil: panorama da Produção Científica*. Brasília, DF: OPAS; 2017.
12. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2652-2652.
13. Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 9]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Minuta de aperfeiçoamento da PNAB entra em Consulta Pública [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 16]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2426.
15. TV Globo. Ameaça de corte de verba do Saúde da Família gera reação [internet]. *Bom Dia Brasil*. 2017 [acesso 2018 maio 6]. Disponível em: <https://globo-play.globo.com/v/6055097/programa/>.

16. Lindner J, Castro F. Governo federal quer mudar modelo de atendimento básico de saúde no País [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-federal-quer-mudar-modelo-de-atendimento-basico-de-saude-no-pais,70001932322>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Prorrogado prazo da Consulta Pública da PNAB [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2435.
18. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017. [acesso em 2018 set 17]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250584.html>.
19. Rede de Atenção Primária à Saúde. Sob protestos, texto da nova Política Nacional de Atenção Básica é aprovado [internet]. 2017 [acesso 2018 maio 10]. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/2017/09/04/sob-protestos-texto-da-nova-politica-nacional-de-atencao-basica-e-aprovado/>.
20. Aquino R. Impactos positivos da atenção primária à saúde na saúde da população [internet]. [acesso em 2018 maio 1]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/03/Seminario-APS_Rosana-Aquino.pdf.
21. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. PLOS Med. 2018; 15(5):e1002570.

Recebido em 07/06/2018

Aprovado em 21/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco¹

DOI: 10.1590/0103-11042018S128

O presente documento expressa a posição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em um contexto de ameaças aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), agravadas nos dois últimos anos com a ruptura democrática no País. O documento é assinado pelo coletivo de pesquisadores da Rede e contém proposições para compor uma agenda política estratégica para o SUS, objeto principal do debate realizado durante o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro em julho de 2018.

Neste ano de 2018 comemoramos 30 anos do SUS, momento culminante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e um dos marcos do processo de redemocratização do País. O SUS foi criado pela Constituição cidadã de 1988 que firmou a ‘Saúde como direito de todos e dever do Estado’. A partir deste marco, o Brasil estabeleceu a saúde como direito fundamental, por meio de um sistema público universal e da interação entre políticas sociais e econômicas¹. Neste ano, comemoramos também 40 anos da Declaração da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS)².

Desde Alma Ata, e sua consigna de ‘Saúde para todos no ano 2000’, muitas iniciativas de implementação da APS foram empreendidas mundialmente com diferentes concepções e abordagens: desde propostas muito seletivas de cestas mínimas para populações em extrema pobreza, ‘medicina pobre para pobres’, até a APS integral como base de sistemas públicos universais de saúde. Essas abordagens produziram diferentes resultados sobre a organização dos sistemas de saúde, o direito à saúde e a cidadania. A APS seletiva corresponde a uma concepção de cidadania residual, e a APS integral dos sistemas universais corresponde à cidadania plena³.

Para marcar os 40 anos da Declaração de Alma Ata, a OMS realizará a Conferência Global sobre APS em Astana, capital do Cazaquistão, em outubro de 2018. Na oportunidade, será firmada a Declaração de Astana, cujas versões preliminares indicam um retrocesso na defesa da APS integral⁴. As versões em consulta causaram preocupação à comunidade científica no Abrasco 2018, ao propor a Cobertura Universal de Saúde sem enfatizar a relevância da APS integral e de sistemas universais de saúde na garantia do pleno direito de cidadania e do acesso equitativo a serviços de saúde conforme a necessidade. Dentre os pontos críticos da proposta, destacam-se a pouca ênfase na garantia do direito humano universal à saúde e a segmentação inerente à Cobertura Universal de Saúde, a ser alcançada por meio de seguros (privados ou públicos) diferenciados por grupos sociais conforme a renda. A cobertura estará

¹Elaboração coletiva da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luizfacchini@gmail.com liggiagiovannella@gmail.com



na dependência das regras de cada seguro e da capacidade de pagamento do cidadão⁵. No Brasil, a adoção da proposta de Cobertura Universal de Saúde seria mais um grave passo no desmantelamento do SUS. Ao restringir o direito à saúde dos brasileiros a uma cesta de serviços limitada, a Cobertura Universal reedita a APS seletiva e promove iniquidades no acesso⁵.

Sem a garantia de um sistema de saúde universal integrado e bem desenhado, diferenças históricas na distribuição geográfica dos serviços serão ampliadas, prejudicando regiões e grupos sociais desfavorecidos. Ademais, os documentos preliminares da Conferência de Astana enfatizam a participação do setor privado e a responsabilidade de pessoas e comunidades no provimento de cuidados de saúde. É socialmente injusto delegar a indivíduos, comunidades e grupos sociais a responsabilidade de prover cuidados de saúde por própria conta, isentando o Estado de financiar e organizar redes complexas e articuladas de serviços de saúde⁶. Sem financiamento, regulação e participação pública na prestação de serviços de saúde, não é possível garantir acesso universal de acordo com as necessidades.

No aniversário de 30 anos do SUS e de 40 anos da Declaração de Alma Ata, uma onda conservadora assola o País e o mundo e requer a mobilização de governos e sociedades para a construção de sistemas universais de saúde públicos e gratuitos, desenhados com base em modelos de APS integral que contribuam para a redução das desigualdades sociais e promovam equidade. Na Conferência de Alma Ata, a atenção primária foi definida como a base integrada de cuidados em sistemas de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos. Sob inspiração de Alma Ata, o SUS reconhece a íntima conexão do desenvolvimento econômico e social na determinação do processo saúde-doença, da promoção da saúde e do provimento de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social. Os princípios fundamentais do SUS

orientaram a elaboração da presente Agenda Estratégica, em resposta às sérias ameaças ao direito universal à saúde no Brasil.

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos mais relevantes avanços do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. O êxito do SUS está ancorado na abrangência da ESF, o principal modelo assistencial da APS, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2017. A superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional de atenção tornou-se consenso nacional e internacional. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos resultou em aumento da oferta de amplo espectro de ações e serviços e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população⁷⁻¹².

Retrocessos e ameaças à democracia e às conquistas históricas do povo brasileiro marcam a conjuntura atual. O golpe parlamentar de 2016 teve como propósito impetrar o desmonte do Estado brasileiro, mediante a retirada de direitos duramente conquistados, a exemplo da reforma trabalhista, a privatização de empresas estatais e o reforço a políticas de ajuste fiscal baseadas na redução dos gastos em proteção social. O SUS está sob forte ameaça, com o aprofundamento do desfinanciamento, congelamento de gastos públicos e propostas de fortalecimento do setor privado em detrimento dos serviços públicos.

Nesse contexto, já surgem indícios de efeitos perversos do desmonte do SUS na situação de saúde da população, com aumento da mortalidade infantil, redução da cobertura vacinal e surtos de doenças imunopreveníveis¹³. Estudo recente projeta a ocorrência de 20 mil óbitos evitáveis em crianças menores de cinco anos devido à estagnação ou redução da cobertura da ESF, caso a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), publicada em 2016, que congela gastos públicos por 20 anos, não seja revogada¹⁴.

No que diz respeito à atenção primária, cabe destacar três acontecimentos preocupantes:

- Mudanças recentes na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 indicam a abolição da prioridade para a ESF evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de Atenção Básica (AB) convencional; a flexibilização da dedicação dos profissionais da equipe com redução da carga horária de médicos e dentistas que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do Agente de Combate às Endemias. Essas alterações desfiguram a APS baseada na conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, e reforçam a modalidade de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento ‘queixa-conduta’. A criação da carteira de serviços essenciais pode transformar a AB em uma APS seletiva. Também é grande a possibilidade de estagnação ou redução do número de Equipes de Saúde Bucal (SB).

- O término dos blocos de financiamento para transferência de recursos federais a estados e municípios pode provocar deslocamento de recursos da AB para procedimentos de média e alta complexidade, especialmente pelo agravamento do subfinanciamento do SUS provocado pela política econômica de austeridade fiscal, expressa no congelamento do teto dos gastos públicos nos próximos 20 anos¹⁵.

- A possibilidade de criação de planos populares de saúde suplementar vinculados ao capital financeiro internacional para oferta de ações de AB em larga escala à população de menor condição socioeconômica pode levar à captura de clientela e de profissionais do SUS para uma APS seletiva, de baixa qualidade e pouco resolutiva.

A presente Agenda Estratégica sistematiza a discussão sobre avanços e desafios da APS realizada pela Rede de Pesquisa durante o seminário preparatório do Abrasco 2018 e no transcurso do Congresso, com base nos textos especialmente produzidos para o evento e disponíveis no site da Rede de Pesquisa em APS¹⁶. Vale ressaltar que o debate protagonizado não se encerra no âmbito da APS, abarcando os rumos do SUS e suas consequências para o País. O documento apresenta proposições para a superação dos desafios históricos da APS e o enfrentamento das ameaças presentes. Resultado de um amplo esforço coletivo, a Agenda Estratégica é parte da luta em defesa dos princípios do SUS e da consolidação de uma política de saúde universal, inclusiva e civilizatória em nosso país. O documento extrapola o âmbito acadêmico e poderá subsidiar os debates, consultas públicas e reflexões sobre a XVI Conferência Nacional de Saúde, cuja convocação foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 09 de agosto de 2018¹⁷.

Também chamada de 8ª + 8 em um resgate à memória da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a XVI Conferência ocorrerá em um período crucial para reafirmar os princípios e políticas do SUS. As atividades preparatórias do maior evento de participação social do Brasil já se iniciaram, com a realização de oficinas, simpósios, fóruns, debates, audiências públicas, manifestações, marchas e participações do Conselho Nacional de Saúde em congressos temáticos. As propostas da presente Agenda Estratégica guardam forte convergência com o tema ‘Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS’. O esforço empreendido por um grande grupo de participantes dos espaços de interação da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco ganhará relevância caso incentive a elaboração e aprovação de propostas nas etapas municipais, previstas para o período de 2 de janeiro a 15 de abril, estaduais e a distrital, agendadas para o período de 16 de abril a 15

de junho, quanto no grande evento nacional a realizar-se de 28 a 31 de julho de 2019.

SUS UNIVERSAL E INTEGRAL! NENHUM DIREITO A MENOS!

1 APS no SUS: avanços e desafios

No Brasil, iniciativas para expansão dos serviços de atenção primária à saúde foram empreendidas desde o início do século XX, mas apenas em meados da década de 1990 foi formulada e implementada uma política de abrangência nacional com a adoção da ESF como modelo preferencial, com papel central na organização do SUS. Nos anos seguintes, além da expressiva ampliação da cobertura populacional das EqSF em todo o território nacional, um conjunto de políticas e respectivos marcos normativos relacionados com a ESF foram implementados, conferindo um amplo arcabouço para a consolidação desta política no País.

Algumas dessas iniciativas devem ser destacadas por sua relevância na constituição da política de APS, como o modelo de financiamento federal, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB); os mecanismos de monitoramento e avaliação, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); programas de capacitação e formação dos profissionais de saúde, como os Polos de Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais; além de iniciativas de melhoria das estruturas dos estabelecimentos, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Destaca-se, também, um conjunto de políticas e programas relacionados com o aumento da resolutividade da APS, a exemplo da SB com o programa Brasil Sorridente, Núcleos de Apoio

à Saúde da Família (Nasf), Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Alimentação e Nutrição e outras políticas intersetoriais de promoção da saúde, como o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde.

Ações destinadas a reduzir desigualdades no acesso de populações vulneráveis também foram implantadas, como os Consultórios de Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Atenção à Saúde a Pessoas Privadas de Liberdade. Mais recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) tem sido uma estratégia essencial para a oferta da APS em áreas de difícil acesso da população aos serviços básicos de saúde e para a formação profissional.

A amplitude dessas iniciativas tem sido associada a resultados positivos da ESF quanto à situação de saúde da população brasileira. O aumento da cobertura, do acesso e da utilização de serviços de APS nessa modalidade de atenção tem contribuído para a redução de importantes problemas de saúde, em especial, quando há sinergia das ações de saúde com outras políticas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família que proporciona transferência de renda para brasileiros com precárias condições socioeconômicas^{18,19}.

1.1 A Estratégia Saúde da Família e a melhoria da situação de saúde da população brasileira

Desde os primeiros anos de implantação, muitas evidências científicas demonstraram os impactos da ESF na saúde da população brasileira, destacando-se a redução da mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e a redução de desigualdades sociais em saúde.

Diversos estudos têm demonstrado a associação do aumento da cobertura da ESF com redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de

outros fatores determinantes^{8,10,11,20}. A redução tem sido maior na mortalidade pós-neonatal do que no componente neonatal, como esperado, uma vez que as causas de mortalidade neonatal incluem doenças congênitas, prematuridade e agravos relacionados com as condições da atenção ao parto.

As evidências também sinalizam a redução da mortalidade infantil e em menores de cinco anos por diarreia e infecções respiratórias, responsáveis pela maioria dos óbitos nessas faixas etárias²¹. Os autores destacam que o impacto foi maior em municípios com maiores taxas iniciais de mortalidade infantil e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), revelando o papel da ESF na redução de iniquidades sociais em saúde. Os evidenciados efeitos sinérgicos da APS e da implantação do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade infantil e na infância indicam a importância do desenvolvimento de políticas sociais de combate à pobreza e de expansão da atenção à saúde no Brasil¹⁹.

Vários estudos destacam o papel da ESF na redução de hospitalizações evitáveis por ação de serviços de atenção primária resolutivos^{9,22-24}. No período 2008-2016, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças até cinco anos foram significativamente menores nos municípios mais pobres (menor quintil de Produto Interno Bruto – PIB per capita) que aderiram ao PMM, particularmente pela redução das internações por gastroenterite e asma. Nesses municípios, o PMM foi responsável também por uma redução do custo dessas hospitalizações²⁵. Destacam-se, também, evidências de impacto da ESF em hospitalizações por doenças crônicas como asma, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e na redução da mortalidade por esses agravos²⁶.

1.2 Ampliação da oferta, utilização de serviços de APS no SUS e redução de desigualdades socioespaciais

Os impactos da ESF na situação de saúde da população resultaram da ampliação da

cobertura e do acesso aos serviços de APS, incluindo consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares, cuidados de pessoas com condições crônicas, atenção pré-natal e imunização. Os efeitos positivos sobre a saúde foram mais significativos em municípios com maiores coberturas de ESF.

Dois estudos com informações provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) merecem ser destacados^{27,28}. O primeiro revelou a similaridade das coberturas da ESF estimadas para o Brasil e as Unidades Federadas, a partir da PNS e de dados administrativos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), reforçando a validade dos dados oficiais de cobertura. O estudo indica o maior acesso de famílias com menor grau de escolaridade a visitas domiciliares mensais em equipes da ESF²⁷. Avaliações de desempenho da rede básica de saúde em diferentes contextos sociais, desde inquéritos nacionais de base populacional²⁹ até estudos em grandes regiões geopolíticas⁷ e município de grande porte³⁰, revelam maior acesso à atenção domiciliar de populações idosas mais pobres residentes em áreas da ESF, confirmando sua relevância na promoção de equidade em saúde. O segundo estudo relativo à PNS investigou a associação da ESF com a existência de uma fonte usual de cuidados (serviço ou profissional que o indivíduo sempre procura quando está com problemas de saúde), considerado um bom indicador de acesso. A maioria da população referiu possuir uma fonte usual de cuidados, que em mais de um terço dos casos era uma unidade de APS. Foi demonstrada forte associação positiva entre ser cadastrado na ESF e ter como fonte usual de cuidados uma unidade de APS. Observou-se também associação negativa com a referência a unidades de emergência/urgência como fonte usual de cuidados, o que foi mais forte nas regiões mais pobres do País (Norte, Nordeste e Centro-Oeste)²⁸.

A importância da ESF para o acesso e

para a qualidade do cuidado prestado no SUS se destaca em resultados da avaliação externa do PMAQ-AB, iniciativa pactuada entre MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012), 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas durante o pré-natal, e mais de 95%, atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso³¹. O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos, e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação do OMS e do MS^{32,33}. Em um período de seis meses, cerca de 90% dos usuários com diagnóstico de diabetes tiveram acesso à consulta na UBS e realizaram exame de sangue para o controle da doença³⁴.

No que se refere à Saúde Bucal uma gama de avanços pode ser destacada decorrente da formulação de um conjunto de medidas, diretrizes e normas que apoiaram a organização das ações de saúde bucal no SUS. Houve também investimento em vigilância bucal, com levantamentos epidemiológicos nacionais, controle de flúor na água de abastecimento. Houve expressiva expansão do número de Equipes de SB no modelo da ESF, incluindo equipes para populações específicas (rua, ribeirinhos, pluvial), configurando-se 26 mil Equipes de SB (2017), com um aumento de mais de 600% em comparação a 2002. Observou-se, também, um aumento significativo do aporte financeiro com melhoria da infraestrutura e a criação de novos incentivos para média complexidade³⁵. A estrutura e os processos de trabalho da APS ajudaram a reduzir a taxa de mortalidade por câncer bucal, apesar de não reduzir a taxa de incidência da doença. O aumento de investimentos na APS e na SB é essencial para evitar mortes relacionadas com o câncer bucal³⁶.

Apesar dos investimentos em melhoria das condições das UBS (Requalifica UBS), persistem precárias condições de infraestrutura, principalmente de instalações, insumos

e de informática^{37,38}. A oferta de atendimentos se restringe aos dias úteis. Há carência de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade as necessidades de saúde da população, particularmente para as atividades de acolhimento da demanda.

Além das deficiências estruturais, a organização e gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e cuidados de saúde. Por exemplo, a disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho não foi suficiente para melhorar a completude de ações em saúde da mulher^{32,33} e de pessoas com condições crônicas³⁴.

A necessária ampliação da oferta de serviços de saúde, em pleno século XXI, pode se beneficiar do uso mais extensivo das modernas tecnologias de informação e comunicação como, por exemplo, o Telessaúde. Os benefícios incluem a superação de barreiras geográficas e físicas, as facilidades na interação entre os profissionais de saúde na equipe e na rede de serviços; o acesso em tempo oportuno a recursos de apoio diagnóstico e terapêutico; a ampliação da capacidade de coordenação do cuidado da APS; além de promover a comunicação entre profissionais, pacientes e gestores³⁹.

A desigualdade social é um importante traço da sociedade brasileira, e uma de suas faces é a desigualdade socioespacial, que espelha, nos dias de hoje, séculos de políticas e ações predatórias na constituição do nosso território. Santos e Silveira⁴⁰, ao analisarem o processo histórico e geográfico da construção do território brasileiro, identificaram a existência de quatro Brasis que expressam esta desigualdade: a Região Concentrada formada pelo Sudeste e pelo Sul; o Brasil do Nordeste; o Centro-Oeste e a Amazônia, cada um com características próprias. É exatamente fora da Região Concentrada que se localiza o maior número de municípios pobres, nos quais o acesso aos bens públicos é mais difícil. No caso da saúde, são esses os territórios dos

vazios assistenciais, manifestos pela falta de profissionais e serviços de saúde.

Estudos indicam que são as regiões mais carentes ou remotas, com população em situação de extrema pobreza, as que apresentam maior dificuldade de atenção à saúde, inclusive na APS⁴¹. Evidencia-se, como resultado, uma equação cruel: quanto menor a densidade populacional do município, mais difícil se torna prover a oferta, sendo menor o gasto per capita em saúde e pior o acesso aos serviços. Outra face da desigualdade ocorre no interior das metrópoles. Em decorrência do modelo de urbanização brasileiro, uma parte importante da população que vive nessas cidades não tem acesso aos serviços e bens que o Estado deveria proporcionar, o que levou Milton Santos⁴² a cunhar o termo de 'cidadãos incompletos'.

Muito há que ser feito, mas algumas medidas importantes foram efetivadas nos últimos anos no cenário da APS. Dentre elas, destaca-se o PMM. Estruturado em três eixos estratégicos, o Programa prevê a formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência e novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares que respondam às necessidades de saúde da população; a ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros⁴³.

Diversos estudos ressaltam a importância do PMM na redução das desigualdades regionais na distribuição de médicos no Brasil⁴⁴⁻⁴⁷. Nos anos de 2013 e 2015, ou seja, após a implantação do PMM, utilizando um índice para mensurar a escassez de médicos, um dos estudos demonstrou que o Programa contribuiu para um substancial aumento do número de médicos no país, com redução do número de municípios com escassez de médicos de 1.200 para 777⁴⁵.

Em 2015, quase um terço das UBS receberam médicos do PMM, e 55% dos profissionais foram inseridos em equipes que já existiam, ou seja, que contavam com médicos

em algum período nos anos de 2013 e 2014, principalmente em equipes com elevada rotatividade desses profissionais. A inserção de profissionais do PMM nessas equipes não deve ser considerada negativa, ao significar a permanência do profissional em bases mais estáveis do que a inserção intermitente, anterior à implantação do Programa⁴⁵.

Finalmente, existem evidências do impacto do PMM no aumento no número de consultas médicas em todas as faixas etárias consideradas, no número de consultas de pré-natal, nos encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outros, no número de exames e visitas domiciliares⁴⁸. Apesar do curto tempo de implantação, alguns estudos também evidenciam impactos positivos do PMM nas internações em geral e por algumas doenças infecciosas e parasitárias, além de doenças respiratórias⁴⁹.

Entretanto, há que se destacar que as iniquidades regionais e socioeconômicas ainda persistem e se expressam em desigualdades na oferta de serviços e procedimentos, que dificilmente serão superadas sem investimento financeiro e sem a opção política clara de reverter este quadro. Garantir a universalidade e a integralidade de assistência à saúde no cenário desigual e continental do nosso país tem sido, e continuará sendo, um desafio constante na implementação do SUS.

1.3 APS e integralidade do cuidado

O conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, reconhece o indivíduo em sua totalidade, ao propor a integração das ações de saúde e a atuação intersectorial das políticas sociais. A integralidade se expressa em processos organizacionais e práticas profissionais ao interior de cada equipe da ESF, na rede de serviços de saúde e na relação com o território geopolítico. Evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidos no cuidado para o alcance da integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão

mais eficiente dos recursos⁵⁰. A coordenação do cuidado, definida como ‘coordenação da integralidade’, é viabilizada por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as Redes de Atenção à Saúde⁵¹.

A prioridade de universalização da ESF é essencial para o alcance da integralidade no SUS, graças à sua superioridade na concretização dos atributos da APS. A integração das equipes com outros dispositivos do território onde se localizam é parte da concepção territorializada de atenção primária no modelo brasileiro da ESF. De fato, a ESF pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos⁵², para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações, compreendido este enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais. Esse modo de atuação implica o reconhecimento do território, por meio do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições geográficas e ambientais relacionadas com riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de atenção primária, subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, coloca como desafio adicional o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário. De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde tem exigido

uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios.

No contexto da APS e das equipes da ESF, o ACS é um trabalhador estratégico com ações orientadas para a integralidade do cuidado e da intersectorialidade, a saber: construção de vínculo e reconhecimento da população adscrita no território, com a articulação direta entre os serviços e a vida no território; trabalho comunitário; desenvolvimento de ações de promoção da saúde, seguimento de hipertensos e diabéticos, acompanhamento do pré-natal e do crescimento e desenvolvimento infantil. Em julho de 2018, mais de 260 mil trabalhadores estavam presentes em 97% dos municípios, o que traduz numericamente a importância do ACS para as EqSF e ressalta o seu papel de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde⁵³. Os ACS na ESF têm enfrentado grandes desafios ao longo da trajetória histórica do SUS. A PNAB publicada em setembro de 2017⁵⁴, além de promover a adesão ao modelo de AB tradicional, flexibiliza a presença dos ACS na EqSF e altera suas atribuições, ao incorporar práticas de enfermagem. O Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), instituído por meio da Portaria nº 83/2018⁵⁵, em discussão na Câmara Federal, propõe a formação técnica em enfermagem para agentes de forma generalizada. A proposta é considerada incompatível e inadequada em um contexto de flexibilização do escopo da equipe que fomenta e fragiliza as relações de trabalho e de ideário dos princípios do SUS. A iniciativa dilui as especificidades dos agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias e técnicos de enfermagem com riscos de redução do contingente de trabalhadores, sobrecarga de trabalho dos remanescentes, predominância de procedimentos simplificados de assistência à saúde em detrimento de educação e promoção da saúde⁵⁶.

Com a inserção de profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física e serviço social, além de médicos especialistas,

entre outros, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf-AB) constituem importante arranjo no fortalecimento da AB, ao aumentar as ofertas de cuidados na rede de serviços, a resolatividade, a abrangência e o alvo das ações^{51,57}. Por meio de atuação integrada às equipes de saúde, o Nasf permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Apesar da expansão continuada dos serviços desde sua implantação, que alcança, em 2018, mais de cinco mil núcleos⁵³, o Nasf enfrenta desafios de diversas ordens, desde o elevado número de municípios que não possuem cobertura desse serviço até núcleos que cobrem informalmente um elevado número de EqSF. Também são razões de preocupação o baixo investimento em condições de trabalho, transporte, equipamentos e materiais; a dificuldade de interação entre profissionais do Nasf e das equipes da ESF se somam a problemas organizacionais, comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado e a regulação do acesso. Os desafios conceituais e de formulação englobam a ampliação desejável do escopo de ofertas da ESF e a adequação de outros pontos de atenção na rede, com destaque para a polarização entre ‘atender pacientes’ e ‘fazer ações coletivas’.

A marcante expansão da Saúde Bucal no SUS, principalmente após 2004, com o programa Brasil Sorridente, contribuiu para o fortalecimento da integralidade em saúde. O programa estruturou ações de promoção e vigilância, prevenção e recuperação da saúde bucal, ampliou o acesso ao tratamento odontológico nos três níveis de atenção⁵⁸. Apesar disso, a SB enfrenta desafios que perpassam todas as políticas de APS no Brasil, como

a tensão entre o modelo biomédico e o de saúde da família; a permanência de iniquidades na oferta de serviços e procedimentos. Persistem modelos de contratação pessoal de nível superior e médio que mantêm a precariedade das relações trabalhistas. Os desafios também alcançam a formação e educação permanente dos profissionais de SB para o SUS e requerem estratégias para a defesa e sustentação dos avanços da Política Nacional da Saúde Bucal, com a participação social na micropolítica dos serviços⁵⁹.

Outra iniciativa relevante para a integralidade da APS é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), institucionalizada em 2006 e com inserção gradual no SUS com ampliação da oferta em 2015⁶⁰. Atualmente, o Brasil conta com 29 práticas implantadas e alcança 78% da oferta, sobretudo na ESF e nos Nasf. As PIC potencializam o cuidado integral ao expandir o leque de opções terapêuticas ofertadas, ao agir como recurso de redução de danos e de promoção da saúde, além de representar uma prazerosa estratégia de integração e perspectiva de cuidado para o trabalho das equipes na AB. Sua presença na APS também fomenta a reorganização do processo de trabalho das equipes e promove a centralidade do usuário e de suas necessidades de saúde. Além disso, reforça o vínculo entre equipe e usuários, avançando na perspectiva integral e na superação da atenção centrada no modelo biomédico de cuidado⁶¹. Delineiam-se, no contexto atual, três eixos relevantes para o fortalecimento das PIC na APS, a saber: expansão institucional, com o intuito de aumentar sua oferta e democratizar o acesso; fomento a pesquisas sobre as PIC no que diz respeito à eficácia, segurança, modos de ação e experiências institucionais de sua oferta na APS; formação ou capacitação de profissionais em PIC, necessárias para o exercício e para a oferta dessas práticas de maneira efetiva no sistema de saúde.

A consolidação de uma APS integral no Brasil depende de aporte regular de

investimentos que priorizem a ESF e o conjunto de arranjos e dispositivos necessários para abordar a totalidade das necessidades de saúde de indivíduos e populações.

2 Fortalecimento da gestão da APS no Brasil

Por definição constitucional, o SUS é um sistema público nacional de caráter universal e integral¹. Desde os anos 1990, multiplicaram-se os esforços na construção de um modelo federativo na saúde, com a definição do papel de cada esfera na gestão do sistema, juntamente com a criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS em conjunto com a sociedade. As responsabilidades de gestão federal, estadual e municipal não podem ser delegadas⁶², em consequência, a terceirização e a privatização da gestão da APS contrariam a definição constitucional do SUS.

Em apoio à gestão pública da APS, a presente Agenda destaca avanços e desafios na formação adequada de profissionais para a APS e na estabilidade no trabalho, em aspectos normativos e institucionais do SUS, no financiamento e na institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e serviços. A gestão da APS se fortaleceu na última década ao impulsionar programa de melhoria da qualidade das ações oferecidas à população na rede básica de saúde do País, articuladas a incentivos financeiros progressivos aos municípios e equipes da ESF, conforme o desempenho certificado por avaliação externa. O PMAQ-AB e os incentivos por desempenho correm risco de descontinuidade no SUS, em função de restrições financeiras decorrentes da EC 95¹⁵.

2.1 Formação de profissionais e gestão do trabalho

Na formação de profissionais para atenção primária, diversos esforços foram

empreendidos após 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no MS. As experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS), do Aprender-SUS, do Ensina-SUS, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e da Política Nacional de Educação Permanente foram consideradas inovadoras na inserção dos estudantes na APS^{63,64}.

Em tempos recentes, o PMM, em seu componente educacional, induziu mudanças nas diretrizes curriculares e aumentou o número de vagas (5.300 novas vagas até 2015) e de cursos de graduação em medicina⁶⁵. O Programa também incidiu positivamente na ampliação da oferta de Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, com aumento de 4.742 vagas em várias especialidades até 2015, em universidades públicas e privadas de todo o País⁶⁵ e de Cursos de Especialização em Saúde da Família, na modalidade Educação a Distância, por meio da Universidade Aberta do SUS (Unasus)⁶⁶. Os efeitos do PMM também alcançaram a pós-graduação senso estrito em APS, ao incentivar as atividades da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf) e promover a criação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaude), por intermédio de uma Rede Nacional de 20 instituições, sob liderança da Abrasco e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Em 2015, o PMM incorporou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), iniciado em 2011, com a oferta de bolsa de estudo para atuação na AB e pontuação para ingresso nos programas de residência médica⁶³.

Entretanto, muitos problemas na formação dos trabalhadores persistem ao longo da implementação do SUS, atingindo os diversos níveis e estruturas organizativas do sistema, aí incluída a APS. A saber: dissociação entre

ensino, pesquisa e prática profissional; unidades de saúde com estrutura inadequada para recebimento de estudantes de graduação; qualidade insuficiente da formação de estudantes e profissionais; fragmentação na formação do futuro profissional e na educação continuada do profissional em serviço, tanto de nível superior como técnico; baixa institucionalidade das ações de educação permanente, o que leva à descontinuidade da formação dos trabalhadores. A privatização da formação de medicina e de enfermagem tem se configurado como um problema importante, entre outros motivos, pela baixa regulação do sistema educacional no País. Apesar do aumento de vagas para residência médica em Medicina de Família e Comunidade, seu preenchimento ainda é baixo, em relação à capacidade institucional disponível⁶⁵. Persistem, também, as dificuldades de integração entre as políticas de saúde e de educação superior com vistas à formação de trabalhadores de saúde, inclusive para responder às demandas da gestão da APS⁶³.

Neste período, o avanço nas tecnologias de informação e comunicação possibilitou a incorporação de novas estratégias de suporte aos profissionais, como, por exemplo, o Telessaúde, que tem potencial de apoiar e auxiliar no processo de formação dos trabalhadores, além de ampliar a integralidade e capacidade resolutiva das práticas profissionais.

A gestão do trabalho no âmbito da APS sujeita-se ao que está posto não só para os demais profissionais do SUS como para os trabalhadores em geral, o que compromete a sustentabilidade do sistema. O processo sistemático de precarização de trabalho extrapola o setor saúde, e evidencia-se, entre outras características, pela flexibilização de carga horária e salários, prática comum de organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades e serviços de saúde.

2.2 Aspectos normativos e institucionais da gestão pública em saúde

Conforme resultados do primeiro e segundo ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, realizados em 2012 e 2014, a administração direta ainda é a principal forma de contratação da força de trabalho na APS no Brasil. A gestão direta está presente na maior parte dos estados e municípios brasileiros, mas em apenas 77% das EqSF. Praticamente uma equipe da ESF de cada quatro está sob gestão da administração indireta, que se expande rapidamente na AB dos maiores municípios, com o argumento de contornar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e os entraves da administração pública tradicional. Em 2013, 1.216 municípios brasileiros (21,8%) tinham estabelecido contratos de gestão com Organizações Sociais (OS) na área de saúde⁶⁷. Outro dado que chama a atenção é a contratação de serviços de saúde por meio de OS em 22 (56,4%) dos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes⁶⁷. Na APS, as organizações sociais e fundações estatais de direito privado assumiram a gestão operacional no estado de São Paulo, no município do Rio de Janeiro e no estado da Bahia⁶⁸⁻⁷¹.

Após alguns anos de implementação desses formatos institucionais no País, as propostas permanecem sem consenso entre os diferentes atores do sistema público de saúde. Algumas experiências foram avaliadas no âmbito do setor, algumas relativas a organizações sociais^{68,72-81}, e outras sobre fundações estatais^{71,79,82,83}.

A falta de um marco regulatório que oriente a formalização das parcerias, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres entre contratantes e contratados, de forma a assegurar ao trabalho e aos trabalhadores proteção social, tem gerado iniquidades e compromete a qualidade da assistência prestada. O debate sobre aspectos normativos e institucionais da gestão em saúde reconhece que os inegáveis avanços obtidos nas últimas décadas coexistem com desafios

inerentes à atenção integral das necessidades de saúde da população e à garantia de ampla participação de setores sociais organizados. Some-se a isso a necessidade de regulamentar e monitorar práticas heterogêneas da gestão municipal de saúde, notadamente na regulação da relação público-privada na gestão de contratos⁸⁴. Garantir a autonomia do gestor ‘na ponta’, assegurando indução naquilo que foge de seu escopo, deve ser feito observando práticas de governança com efetivo controle social e transparência dos procedimentos usuais de gestão.

2.3 Financiamento

As responsabilidades com a gestão e com o financiamento do SUS são compartilhadas entre os três âmbitos de governo: federal, estadual e municipal. A AB é o único nível de atenção no qual a transferência de recursos federais para os municípios é de base populacional, conforme definição da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS) publicada em 1996⁸⁵ e implementada a partir de 1998. Essa lógica se contrapõe ao pagamento por procedimentos que define o financiamento da atenção de média e alta complexidade. Essa decisão contribuiu de forma importante para a redução de desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a AB⁸⁶. Em 2017, novos critérios foram introduzidos para o cálculo do valor do PAB fixo, incluindo, além da população, o PIB per capita, o percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em Extrema Pobreza, o percentual da população com plano de saúde e a densidade demográfica. Todavia, os valores anuais per capita transferidos aos municípios continuam irrisórios, com variação de R\$ 23,00 a R\$ 28,00, conforme as faixas em que são classificados os municípios⁸⁷.

A lógica de transferência de recursos financeiros condicionada à adesão dos municípios a programas específicos formulados pelo governo federal (PAB variável)

induziu a expansão da ESF, da saúde bucal, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dos Nasc e do PMAQ-AB. Apesar da restrição de autonomia municipal quanto à definição dos gastos com APS em seu território, os incentivos vinculados ao PAB variável favoreceram a coordenação e expansão nacional de estratégias importantes de qualificação da AB, com desconcentração da oferta de serviços e redistribuição de recursos financeiros para regiões mais carentes.

Apesar da relevância das transferências federais e estaduais, cerca de 70% dos gastos em AB são cobertos por recursos municipais, a principal fonte de sustento da AB⁸⁸. A forte dependência de recursos municipais é considerada instável por se concentrar em despesas com pessoal limitadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Entre os desafios para o financiamento da APS, destaca-se a heterogeneidade dos municípios brasileiros, que se revela pelas desigualdades regionais que incidem sobre a capacidade de gestão do sistema. Uma quantidade considerável dos municípios no País é de pequeno porte e apresenta base econômica restrita para sua sustentação, sendo, portanto, muito dependente de transferências intergovernamentais. Em vários desses municípios, não há sequer uma estrutura técnica local para formular e implementar políticas de saúde, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde. O papel indutor das secretarias estaduais de saúde tem sido insuficiente em assumir o planejamento regional, sua parte no financiamento e na regulação da rede de serviços, de modo a contribuir para a integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada.

Ampliar a discussão democrática e propor a revogação dos dispositivos da EC 95/2016 são esforços fundamentais no presente contexto de desfinanciamento do SUS. Faz-se necessária, também, a ampliação do papel dos estados e do Distrito Federal no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando

a integração da APS com outros níveis de atenção, bem como a ampliação dos mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais para a APS, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF. A participação de Conselhos de Saúde nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos financeiros para a AB, em âmbito nacional, estadual e municipal, é crucial para a superação dos desafios do financiamento do SUS e da AB.

2.4 Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade da APS

A realização de avaliações normativas do Programa de Saúde da Família, a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) em 2003, os Estudos de Linha de Base do Proesf em 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, seguida pelo PMAQ-AB e a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Amaq-AB) representam esforços relevantes do monitoramento e avaliação da AB no País^{7,89,90}. Entretanto, ainda permanecem enormes desafios para institucionalizar essas iniciativas no cotidiano da gestão da APS. Dentre os principais entraves, destaca-se a produção e o tratamento da informação e sua plena utilização, recursos essenciais para apoiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, não só por equipes locais, mas também pela gestão da AB nas três esferas administrativas do SUS.

É inadiável a universalização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab/e-SUS) e a solução de problemas de interoperabilidades de dados entre múltiplos sistemas de informação, de modo a superar vantajosamente o Siab, descontinuado em 2015. A plena implantação do e-SUS deverá garantir a informatização do

processo de trabalho e da qualificação da informação, mas também a produção de relatórios automatizados de informações individuais e agregadas no âmbito da equipe de saúde e do território de abrangência da ESF e o acesso a informações de saúde em todos os pontos da rede de atenção do SUS.

3 Proposições para uma agenda política e estratégica para a APS no SUS

Revitalizar os princípios de APS integral da Declaração de Alma Ata em sua essencialidade exige, antes de tudo, elucidar suas implicações na conjuntura mundial para o direito universal à saúde. Permanecem tensões e contradições quanto às abordagens de APS no Brasil e no mundo. Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal *versus* cobertura universal em saúde⁵.

Na agenda da 'cobertura universal', a APS representa um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico por meio de algum tipo de seguro (privado ou público) em países em desenvolvimento. Distingue-se da abordagem integral dos sistemas públicos universais, na qual a APS orienta o desenho do sistema e deve ordenar a rede assistencial.

Urge incidir na formulação da Carta de Astana 2018 em preparação pela OMS e exigir a primazia na defesa do direito universal à saúde de todos os povos, ampliando a concepção restrita de cobertura universal ora difundida e defendendo a construção de sistemas públicos universais de saúde.

A APS que queremos no SUS incorpora a essência dos princípios de Alma Ata: a atenção essencial, base de um sistema

público de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos; inseparável do desenvolvimento econômico e social e do enfrentamento dos determinantes sociais para a promoção da saúde, fortalecendo a participação social.

A APS que queremos para a garantia do direito universal de acesso a serviços de saúde no SUS estabelece primeiro contato de fácil acesso resolutivo e de qualidade, que garante atenção oportuna, integral, integrada e contínua com orientação familiar e comunitária. Seu modelo assistencial enfatiza a promoção da saúde, garante o equilíbrio entre cuidado individual e coletivo respondendo a necessidades individuais e populacionais. Fortalece os espaços democráticos de controle social e promove a participação ativa para a ação comunitária potente no território para mediação de ações intersetoriais para a promoção da saúde. Realiza-se por equipes multidisciplinares com profissionais de saúde com formação adequada para a APS integral. Sustenta-se em financiamento suficiente e equitativo e na gestão pública democrática, participativa e transparente.

Exigimos a revisão da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017, considerando esta concepção explicitada nas seguintes proposições:

Universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade

- Consolidar a APS como porta de entrada aberta, acessível e resolutiva para redes regionalizadas de saúde.
- Reduzir as barreiras de acessibilidade organizacionais, geográficas e culturais, garantindo o respeito às identidades de gênero, étnicas e valores locais.
- Garantir o acesso à atenção integral por meio da coordenação do cuidado pela APS, tanto no interior das EqSF quanto nas redes regionalizadas de atenção à saúde.

- Ampliar o escopo de práticas e resolutividade da APS.
- Desenvolver estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado individual e coletivo.
- Defender a centralidade do território na APS: incentivar o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.
- Reduzir o número de pessoas adscritas a cada EqSF, adequando-o às necessidades de saúde populacionais.
- Assegurar a interiorização e fixação de profissionais médicos, aprimorando ações do PMM.
- Equiparar o número de Equipes de SB às EqSF e melhorar o acesso a procedimentos de média complexidade em odontologia para áreas com menor IDH.
- Garantir que todas as EqSF tenham cobertura dos Nasf e apoio assistencial com dimensionamento adequado às necessidades populacionais.
- Ampliar a composição das equipes multiprofissionais de apoio à saúde da família. Recomendar o trabalho articulado das equipes com vistas ao cuidado mais efetivo dos usuários e à ampliação do escopo das práticas de outros profissionais para responder às necessidades populacionais.
- Qualificar o perfil de competência dos profissionais de nível superior no cuidado individual e coletivo para atuação na APS resolutiva e de qualidade.
- Promover o debate com gestores para

qualificar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de atenção primária à saúde.

- Recomendar a realização de diagnóstico situacional sobre os processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde em áreas rurais.

- Adequar a territorialização das equipes para incluir agrupamentos populacionais esparsos.

- Incorporar as novas tecnologias de informação e comunicação, contribuindo para a melhor resolutividade da APS, ampliação do acesso e formação dos trabalhadores.

- Reconhecer o subsistema de saúde indígena como uma das abordagens diferenciadas da AB que considera e articula outros saberes e práticas de produção da saúde.

- Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral que contemple a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada comunidade, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

- Indicar a ampliação das práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) e às plantas medicinais e fitoterápicos.

Agentes Comunitários de Saúde: sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde

- Fortalecer o papel do ACS como sujeito da ação no território, assegurando seu vínculo com a população.

- Incentivar o trabalho do ACS na mediação de ações intersetoriais no território para melhoria das condições de vida e promoção da saúde da população.

- Reforçar a atuação do ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, e entre o setor saúde e demais políticas públicas que promovam a qualidade de vida.

- Garantir formação de nível técnico para os ACS para atuação como sujeitos de saúde coletiva.

- Promover fóruns específicos para a discussão das atribuições, do perfil profissional e do referencial curricular para o curso de nível técnico de ACS. Esse debate deve ser articulado com a discussão do processo de trabalho na ESF, das atribuições comuns e específicas dos profissionais e dos modelos de atenção, planejamento e gestão.

- Destinar recursos financeiros, previstos na Portaria nº 83/2018 do MS (Profags), recentemente revogada, para a oferta, em escala nacional, do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e escolas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica.

- Fortalecer a formação dos agentes de saúde indígena.

Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral

- Criar frente em defesa do financiamento público adequado para o SUS e AB, e exigir a revogação da EC 95/2016.

- Aumentar o investimento público em saúde para o patamar de 8% do PIB, garantindo, no mínimo, 20% do montante para o financiamento da AB com ênfase na saúde da família.

- Aumentar o valor per capita do PAB fixo, uma vez que seu aumento expressivo ampliaria o volume de recursos para AB rapidamente, dada sua capilaridade no País.

- Garantir a exclusividade dos recursos do PAB variável para a universalização da ESF no País.

- Garantir o uso dos recursos oriundos do incentivo por desempenho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB exclusivamente para ações de AB.

- Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais para a AB, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos municípios, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF.

- Promover a equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas.

- Acabar com a renúncia fiscal em saúde. Abolir subsídios e isenções fiscais em saúde, como a dedução de despesas com serviços e planos de saúde, no Imposto de Renda de contribuintes individuais e de empresas.

- Promover uma reforma tributária com justiça fiscal, progressividade da arrecadação e carga tributária adequada para garantir a universalidade de direitos sociais.

Fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social

- Fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos voltados para o financiamento da AB.

- Incentivar a formação política dos conselheiros de saúde em todos os níveis de representação (local, municipal, estadual e

nacional).

- Apoiar o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde.

Mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades

- Estabelecer estratégias para priorizar as ações intersetoriais relacionadas com a promoção da saúde e com o fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no País, por meio de um programa continuado de disseminação de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências exitosas.

- Ampliar a governança territorial com a participação dos diferentes agentes implicados com as políticas sociais: lideranças locais e representação (direito a voz e voto) da população, assegurando o controle social das ações governamentais.

- Investir fortemente na superação das desigualdades sociais, por meio de ações que estimulem a equidade nas intervenções governamentais, ainda que, para tanto, algumas ações emergenciais possam ser necessárias (transferência de renda para famílias em situação de miséria; segurança alimentar; redução de danos; provisão emergencial de profissionais em áreas específicas; cotas raciais, sociais e por gênero; ações a populações em desvantagem permanente ou transitória).

- Regular a comunicação e ampliação de compromisso social na divulgação de propagandas que estimulem o consumo de produtos que impactam direta ou indiretamente na saúde. Em defesa da comunicação pública e contra a concentração/monopólio midiático.

Gestão pública democrática, participativa e transparente

- Por uma administração pública direta, democrática, participativa, transparente e sem corrupção.
- Garantir e fortalecer a gestão pública do SUS.
- Ampliar a provisão pública na prestação dos serviços de saúde na rede, superando a dependência do setor privado, especialmente em áreas estratégicas (equipamentos diagnósticos, exames especializados e rede hospitalar), de forma a garantir retaguarda à APS e continuidade do cuidado em saúde, em oposição à segmentação por planos populares e privatização da gestão direta dos serviços.
- Implementar forte regulação pública para os contratos de gestão indireta, de modo a garantir segurança jurídica nas relações de trabalho.
- Reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da AB com outros níveis de atenção.
- Implantar plano de carreira para profissionais da APS no SUS.
- Instituir mecanismos de desprecarização do trabalho no SUS, garantindo o ingresso dos profissionais por concurso público.

Formação de profissionais de saúde para a APS integral

- Direcionar a formação dos profissionais de saúde para competências exigidas pela APS resolutiva e de qualidade, em todos os níveis de ensino (graduação, residência, especialização, mestrado e doutorado profissionais).

- Ampliar ofertas de educação permanente para profissionais da APS.

- Fortalecer e impulsionar redes de saúde e educação para formação técnica para o SUS com valorização da articulação das instituições públicas municipais, estaduais e federais.

- Promover estratégias para a qualificação docente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde para uma APS resolutiva e de qualidade.

- Desenvolver ações de formação de preceptoria em serviços e saúde para sustentar a articulação ensino-serviços.

- Promover a formação em apoio matricial nas residências médicas e multiprofissionais.

- Ampliar o escopo das residências multiprofissionais em saúde.

- Apoiar a formação extensiva de médicos de Família e Comunidade, seguindo as recomendações da lei do PMM para o Brasil.

- Incluir na formação dos profissionais de APS os temas da interculturalidade.

- Incentivar o uso de tecnologias em saúde, como e-health na APS, telemedicina, indicadores mais precisos e associados às práticas profissionais que permitam maior e melhor avaliação e monitoramento do trabalho.

Agenda de pesquisa em APS

- Fortalecer o compromisso da pesquisa em APS com a defesa do SUS e da saúde da população.
- Aprofundar os estudos sobre acesso e qualidade na APS, com vistas a garantir a

universalização da ESF e a integralidade das ações na rede básica de saúde, com ênfase na redução de desigualdades sociais e regionais.

- Desenvolver e implementar estratégias metodológicas para mensurar e estimar o impacto das intervenções em APS.
- Estabelecer um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e discutir os desafios da avaliação de impacto das ações intersectoriais sobre a saúde.
- Explorar e divulgar resultados das avaliações externas do PMAQ-AB, de modo a compor um painel complexo sobre padrões e tendências na AB brasileira, em apoio à gestão e aos trabalhadores em saúde.
- Fomentar pesquisas que produzam indicadores comparativos sobre o impacto das políticas de ajuste econômico na saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis.
- Incentivar estudos sobre a dinâmica e sobre o impacto do mercado educacional e do mercado de trabalho e suas implicações para o planejamento de recursos humanos em saúde.

Colaboradores

Elaboração coletiva dos pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco no Seminário preparatório ‘De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças’, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), de 20 e 21 de março de 2018. Agenda revisada no dia 25 de agosto de 2018 durante o XII Congresso de Saúde Coletiva.

Adriano Maia dos Santos, Allan Claudius Queiroz Barbosa, Aluísio Gomes da Silva Jr, Amanda Fehn, Ana Angélica Rego de Queiroz, Ana Luisa Barros de Castro, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Angélica Ferreira Fonseca, Ardigleusa Alves Coelho, Aylene Bousquat, Charles Tesser, Claudia Santos Martiniano, Claunara S. Mendonça, Cristiane Spadacio, Cristiani Vieira Machado, Daniela Carcereri, Eduardo Melo, Elaine Thumé, Elaine Tomasi, Elisete Casotti, Elizabeth Fassa, Fernando Ferreira Carneiro, Gabriella Andrade, Gustavo Matta, Islândia Maria Carvalho de Sousa, Ivana Barreto, Jarbas Ribeiro, Lígia Giovanella, Lílian Miranda, Luciana Dias de Lima, Luiz Augusto Facchini, Magda Almeida, Marcelo Viana da Costa, Márcia Fausto, Márcia G. de Mello Alves, Márcia Teixeira, Márcia Valéria Morosini, Maria Guadalupe Medina, Maria Helena M. de Mendonça, Marilene Cabral do Nascimento, Monique da Silva Lopes, Nelson Felice de Barros, Níli Maria de Brito Lima Prado, Osvaldo de Goes Bay Júnior, Patty Fidélis de Almeida, Patrícia Chueri, Paulo de Medeiros Rocha, Rosana Aquino, Sandro Rodrigues Batista, Severina Alice da Costa Uchoa, Sonia Acioli, Vanira Matos Pessoa.

Agradecimentos

Agradecimento a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas pela relatoria final. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata [internet]. 1978 p. set 6-12 [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
3. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 20]; (33):(supl 2):e00118816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en.
4. World Health Organization. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals: Global Conference on Primary Health Care - October 25-26 [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/>.
5. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]; 23(6):1763-1776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601763&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. World Health Organization. Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf?ua=1.
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2006; 11(3):669-681; [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en.
8. Aquino R, Oliveira NF, Barreto M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Heal [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 24]; 99(1):87-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>.
9. Guanais F, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. J Ambul Care Manag [internet]. abril-jun 2009 [acesso em 2018 ago 24]; (2):115-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>.
10. Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Heal [internet]. 2006 jan [acesso em 2018 ago 24]; (1):13-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.
11. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med [internet]. 2007 nov [acesso em 2018 ago 24]; (10):2070-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847>.
12. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich M TK, organizador. Brookline, MA, USA: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
13. Abrasco. Ameaça de poliomielite é efeito das políticas desde o golpe [internet]. 2018 jul 6; [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/ameaca-de-poliomielite-e-efeito-das-politicas-desde-o-golpe/34955/>.
14. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and

- mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med*, [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]; 5(5):e1002570. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>.
15. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional no 95 de 2016. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>.
 16. Rede APS [homepage na internet]. Biblioteca Digital da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <http://rededesquisaaps.org.br/categoria/biblioteca-digital/>.
 17. Brasil. Decreto No 9.463, de 8 de agosto de 2018. Convoca a 16a Conferência Nacional de Saúde [internet]. 2018. Diário Oficial da União 9 ago [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: http://imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36094397/doi-2018-08-09-decreto-n-9-463-de-8-de-agosto-de-2018-36094393.
 18. Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, et al. Desempenho da Atenção Básica em Beneficiários do Bolsa Família: Contribuições à Redução de Desigualdade em Saúde. In: Campello TNM, organizadores. Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea; 2013. p. 273-83.
 19. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010 [internet]. *Am J Public Heal*. 2013 [acesso em 2018 ago 13]; (11):2000-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028257>.
 20. Guanais FC, Macindko J. The Health Effects Of Decentralizing Primary Care In Brazil. *Heal Aff* [internet] jul-ago 2009 [acesso em 2018 20 jun]; (4):1127-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597212>.
 21. Rasella D, Aquino RBM. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatr* [internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 23]; 126(3):e534-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679307>.
 22. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* [internet]. jun 2011 [acesso em 2018 ago 23]; 49(6):577-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576>.
 23. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Heal* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 23]; 101(10):1963-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584>.
 24. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Heal Aff* [internet]. Viçosa: 2010 [acesso em 2018 ago 23]; (12):2149-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>.
 25. Bermudez BC. Three Essays on Health Economics [tese] [internet]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2017 [acesso em 2018 ago 23]. Disponível em: http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/10458/texto_completo.pdf?sequence=1.
 26. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data [internet]. *BMJ*. 2014 [acesso em 2018 ago 23]; (349):g4014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>.
 27. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 [internet]. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 [aces-

- so em 2018 ago 23]; (2): 327-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt.
28. Dourado I, Medina MG, Aquino R, et al. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Heal* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; (1):151. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112616/>.
 29. Wachs LS, Nunes BP, Soares UM, et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; 20(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300702&script=sci_abstract&tlng=pt.
 30. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, et al. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Heal* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 23]; (5):868-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724683>.
 31. Tomasi E, Fernandes PAA, Fisher, T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 20]; 20(3):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlng=pt.
 32. Barcelos MRB, Lima RC, Tomasi E, et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 21]; 51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&lng=en. Epub July 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>.
 33. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, et al. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. *Heal Syst Reform* [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]; (1):42-55. Disponível: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1405770?scroll=top&needAccess=true>.
 34. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality-PMAQ. *J Ambul Care Manag* [internet]. abr-jun 2017; 40(supl 2):12-23.
 35. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. [internet] [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; (6):1791-803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601791&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
 36. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Silva NC, et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; 1(1):706. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29084516>.
 37. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 21]; 20(1):39-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.
 38. Bousquat A, Giovannella L, Fausto MCR, et al. Structural typology of Brazilian primary health-care units: the 5 Rs. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 21]; 33(8). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
 39. Piropo TGN, Amaral HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde*

- de debate [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 22]; (104):279-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100279&script=sci_abstract&tlng=pt.
40. Santos MSM. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
 41. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 21]; 20(9):2652-2652. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016%3E>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>.
 42. Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo, SP: Edusp; 2007.
 43. Brasil. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [internet]. Diário Oficial da União 23 Out 2013 [acesso em 2018 ago13]; 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-pl.html>.
 44. Santos LMP, Costa AMGS. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 20]; 20(11):3547-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlng=pt.
 45. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; 21(9):2675-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.
 46. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 20(9):2697-708.
 47. Carrillo B, Feres J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1729.pdf>.
 48. Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto PA. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. *Heal Econ* [internet]. 2018 [acesso 2018 ago 21]; 27(8):1284-99. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770534>.
 49. Vieira R, Costa JSM, Lopes DAF. Maior oferta de médicos melhora indicadores de saúde? Evidências a partir do Programa Mais Médicos. In: Anais do 45º Encontro Nacional de Economia Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia; 2017.
 50. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 21]; 34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205004&script=sci_abstract&tlng=pt.
 51. Brasil. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011 [internet]. Diário Oficial da União 22 out [acesso 2018 ago13]; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
 52. Medina, MG, Hartz Z. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 23]; (5):1153-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500022&script=sci_abstract.
 53. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Consul-

- tas de dados: Histórico de pagamento [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: http://dab.sau.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
 55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 83, de 10 de janeiro de 2018. [internet]. Diário Oficial da União. 12 Jan 2018. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia12/portaria83.pdf>.
 56. Associação Brasileira de Enfermagem. Nota sobre o PROFAGS: Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde. [internet]. 2018 [acesso em 2018 jan 24]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2018/03/nota_PROFAGS.pdf.
 57. Brasil. Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012. [internet]. Diário Oficial da União 31 Dez 2012. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/49565611/dou-secao-1-31-12-2012-pg-223>.
 58. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
 59. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso 2018 ago 21]; 20(2):373-82. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>.
 60. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2015.
 61. Barros NF. Relatório final de Pesquisa: As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas: São Paulo; 2016.
 62. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2003.
 63. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; (4):1165-80.
 64. Rios DRS. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos (2013-2016): contribuição ao debate sobre a atenção à saúde no SUS [monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017. 123 p.
 65. Silva Junior AG, Andrade HS, Alexandre GC, et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). Gest Soc [internet]. 2016 maio-ago [acesso em 2018 ago 23]; (26):e00194916. Disponível em: <https://gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2103>.
 66. Thumé E, Wachs LS, Soares MU. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 21]; 20(9):2807-14.
 67. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2013. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2014.
 68. Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. 250 p.

69. Harzheim E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Porto Alegre: OPAS; 2013.
70. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 13]; 21(5):1327-38.
71. Andrade LR. A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 128 p.
72. Traldi MC. Políticas públicas e organizações sociais: o controle social na terceirização dos serviços de saúde [tese] [internet]. Campinas: Unicamp; 2003. 233 p. [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/253121>.
73. Chimelli, SSB. Avaliação das organizações sociais de saúde para a população. Estudo de caso do Hospital Estadual da Criança [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.133 p.
74. Almeida KS. Setor público não-estatal: (Des)caminhos do Controle Social e da equidade no acesso aos serviços das Organizações Sociais de saúde. *Rev Bras Extensão Univ*. 2006; 4(2):49-57.
75. Ribeiro JM, Costa NR. Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no Brasil. Brasília: Report for the World Bank; 2005.
76. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciênc Saúde Colet*. [internet] 2010 [acesso em 2018 ago 10]; (5):2483-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.
77. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev Adm Empres*. 2008; 20(3):64-80.
78. Costa L, Marques PBT. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. *Rev do Serviço Público*. 2014; 20(3):249.
79. Silva LRN. Políticas públicas e administração democrática. *Sequência (Florianópolis)* [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 12]; (64):57-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552012000100004.
80. Contreiras H, Mata G. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 28]; 31(2):285-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>.
81. Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. *Dados* [internet]. 2016; [acesso em 2018 ago 28]; 59(3):867-901.
82. Santos L, Aragão AS, Sundfeld CA, et al. Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas: Saberes; 2009.
83. Cavalcante Filho JB, Franco TB. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 28]; 26(1):63-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100006>.
84. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018; (1):e00194916.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996 [internet]. *Diário Oficial da União*. 6 Nov 1996. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

86. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.947 de 28 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 29 dez 2017; 2017. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://imprensa.nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1487090/dole-2017-12-29-portaria-n-3-947-de-28-de-dezembro-de-2017-1487086.
88. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014; 38(103):900-916.
89. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011; 2011. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.



Asociación Latinoamericana
de Medicina Social

Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC)

Astana Kazajstan octubre 2018

DOI: 10.1590/0103-11042018S129

La autoridad de la OMS y mas aun de UNICEF para convocar una Conferencia de esta naturaleza será proporcional a su capacidad de autocrítica y de una razonable explicación sobre el fracaso de la meta SPT2000

Aun cuando insuficiente la APS fue adquiriendo desde el año 78 una progresiva legitimidad por haber sido apropiada por cientos de miles de trabajadores de salud que se desempeñaban y se desempeñan fuera de las paredes de los hospitales y por las agresiones recibidas primero de parte de la Fundación Rockefeller (APS selectiva) de UNICEF, del Banco Mundial (Invertir en Salud) y así pudimos constatar que la APS no condujo necesariamente a la Meta Salud para Todos (2000) y que los organismos multilaterales recuperaron recién su potencial a los 25 años (OPS, 2003) y a los 30 años (OMS, 2008) no solo con una velada reivindicación sino incluso con una ampliación de su agenda y contenidos.

Halfdan Mahler ex director de la OMS y cofundador del Movimiento por la Salud de los Pueblos, Movimiento con el que ALAMES mantiene relaciones formales desde hace una década, solicitó permanecer alerta y denunció en el 2007 específicamente a UNICEF y a los “cocodrilos conceptuales” que quieren reducir los alcances de una APS comprensiva.

En efecto, el intento de absorber lo que hay construido y se ha acumulado tras el concepto de Atención primaria de la Salud por parte de los privatizadores abiertos o encubiertos de la salud quedó metafóricamente expuesto por Halfdan Mahler que como: “presidente honorario de la conferencia de Buenos Aires [2007] en su discurso inaugural afirmó que: ‘estamos hasta el cuello en el fango verbal contra los cocodrilos conceptuales, que nos quieren comer de un solo bocado’. Y señaló: ‘Mi profunda esperanza es que esta reunión técnica y política nos proporcione municiones para eliminar los cocodrilos conceptuales que rondan el entorno sanitario’”¹.

En consecuencia, declaramos

i. Frente al punto 3 de los supuestos del borrador que menciona: **La declaración enmarca el papel de la APS dentro de los esfuerzos nacionales para lograr la cobertura universal de salud (UHC por sus siglas en inglés); y lo expuesto en el título: “Poner la salud pública y la atención primaria en el centro de la UHC”**



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

1. No acordamos con la cobertura universal de salud sistemáticamente apoyado en la falacia “sin dificultades financieras” que lejos de apoyar la gratuidad de los servicios públicos por la vía de sistemas nacionales impulsa la generación de seguros públicos que en todo el mundo se ha visto como el mecanismo que claramente facilita la expansión de los servicios privados. Una objeción que ha llevado a los ministros de salud de la UNASUR en un contexto de mayoría de gobiernos populares, a forzar una posición matizada de la CUS por parte de la OPS conocida como Salud Universal (cobertura más acceso universal garantizado).

2. En consecuencia, consideramos que enmarcar la APS en la Cobertura Universal en Salud (UHC) constituye un retroceso en comparación con haberla definida como “la” estrategia para alcanzar la meta de Salud para Todos: una meta que puede interpretarse como una forma de enunciar el derecho a la salud concepto claramente mucho más amplio y abarcativo que el de cobertura financiera.

3. Por consiguiente, no aceptamos colocar a la APS (reducida nuevamente a un primer nivel de atención) ni a la Salud Pública en el centro de la CUS. Es mas bien la cobertura sanitaria apenas uno de los rasgos de una salud pública no positivista que articula con una APS Comprensiva y entendida como una agenda de reforma de todo el sector como ya se insinuaba en la Declaración de Alma Ata.

ii. Frente a la declaración: **“Tenemos más probabilidades de tener éxito que nunca”.**

1. Las condiciones políticas no podrían ser peores y ciertamente lo son comparadas con 1978 en que una distensión de la guerra fría habilitó cierto grado de conversaciones de desarme (Salt II) las alianzas de países exportadores de materias primas mejoraban

las relaciones de intercambio (OPEP) conocido en el momento como Nuevo Orden Económico Internacional, Existía un fuerte movimiento de países no alineados y Estados Unidos atravesaba un breve período demócrata con apelo a Derechos Humanos (J. Carter, expresada en la presencia de E. Kennedy en Alma Ata desde entonces referente demócrata de todos los intentos de reforma en salud de los EE.UU.)

2. Las actuales condiciones indican que 40 años después un Estados Unidos desquiciado económicamente intenta prevalecer por su poderío militar desarmando bloques de alianzas históricos, los países europeos oscilan entre gobiernos de derecha y social demócratas, que no modifican en nada su orientación política neoliberal liderado por una Unión Europea que opera mas como un aparato de captura que como un bloque regional.

3. La concentración de la riqueza no solo se ha incrementado, sino que se ha privatizado, haciendo que un millar de personas posean individualmente capitales superiores al PBI de países enteros. Un fenómeno facilitado por los paraísos fiscales que independizó a las empresas de sus compromisos fiscales.

4. Nuevas formas de burlar las reglas de juego de la democracia permiten que países enteros pasen a control de empresarios por medio de operaciones mediáticas y judiciales enmarcadas en el constructo “postverdad” haciendo que cualquier intento de desalinearse de Washington devenga en un delito no excarcelable.

5. En definitivamente tenemos menos probabilidades de tener éxito que nunca y reescribir la declaración y reabrir el debate sobre un consenso que se sostuvo por 40 años solo puede hacernos retroceder.

Cuarenta años después la APS ha devenido

un atractivo bocado para “los cocodrilos conceptuales” y será un deber de todos que se queden con las ganas.

iii. Frente a diversos párrafos convocando a la participación del sector privado: **i. “...creando responsabilidad social tanto del sector público como del privado”, ii. “Mejoraremos la gobernanza participativa de los sistemas de salud, incluida la participación y la regulación del sector privado”, iii. Actuaremos inmediatamente sobre esta Declaración en coordinación con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, comprometiéndonos con... la sociedad civil y el sector privado... para expandir y apoyar este movimiento.**

Resulta imprescindible comprender 40 años después que buena parte de la inviabilidad de “salud para todos” ha provenido fundamentalmente del Complejo Médico Industrial y de los agentes económicos que utilizando estrategias de monopolio en segmentos específicos del mercado de salud han establecido precios abusivos, lucran en uno de los mercados más imperfectos que existen a partir de claras asimetrías de información y se han conjurado hoy en absorber, incluso los sistemas de seguridad social europea. Convocar al sector privado transnacionalizado, hoy constituye una complicidad y/o una ingenuidad inaceptable para una Conferencia Mundial, una acción que se puede simplemente describir como la notable idea de poner al zorro a cargo del gallinero para que no se las coma.

En definitiva, en una alianza estratégica con el Movimiento por la Salud de los Pueblos denuncia el intento de “reescribir” la Declaración de Alma Ata en condiciones de claro retroceso de los procesos democráticos, de concentración del ingreso y de una desregulación del capital sin precedentes, que solo puede lograr consensos sobre retrocesos.

En definitiva, ALAMES propone enfáticamente que: la Conferencia de Astana, se comprometa con el derecho a la salud, que reafirme en un todo la declaración de la Conferencia de Alma Ata y que el producto de sus discusiones se incorporen como nuevos aportes a su avance frente a los nuevos desafíos del Siglo XXI.

La declaración de Alma Ata, aunque insuficiente, continuará siendo una hoja de ruta razonable para cientos de miles de trabajadores de salud y de comunidades que en todo el mundo han hecho “contacto” con los servicios formales de salud de la mano de esta estrategia; recordando que la Atención Primaria de la Salud fue pensada y diseñada no como un fin en sí mismo, sino como un medio -no el único- de construir el derecho a la salud para todos los ciudadanos y ciudadanas del mundo. Si sus componentes más políticos como participación social, interculturalidad, protagonismo y abogacía de los trabajadores de salud, intersectorialidad se alinean en un movimiento latinoamericano y mundial por la construcción y defensa del derecho a la salud, recién allí aceptaremos que las condiciones para volver a escribir la declaración de Alma Ata han llegado. ■

Referência

1. La Nación. Acusaciones sobre fracasos em salud. 2007 [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <https://www.lanacion.com.ar/934361-acusaciones-sobre-fracasos-en-salud>.

Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental

Posicionamento brasileiro (Fiocruz e Conselho Nacional de Saúde) para a Global Conference on Primary Health Care, Astana, outubro de 2018

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Saúde (CNS)

DOI: 10.1590/0103-11042018S130

Sumário executivo

Ao comemorar 40 anos, reafirmamos os compromissos da Declaração de Alma Ata com a justiça social, a saúde para todos e a superação das desigualdades sociais entre países e ao interior dos países. Nestes 40 anos são inegáveis os avanços em prol do direito à saúde, mas se evidenciam novos desafios com a persistência das desigualdades sociais, mudanças demográficas e epidemiológicas, transformações tecnológicas, ameaças ambientais e climáticas.

A Constituição Federal brasileira de 1988, sob inspiração de Alma Ata, reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde. Estabelece “saúde como direito de todos e dever do Estado” com a criação de um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos busca cumprir com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A atenção primária à saúde, na experiência brasileira, é o coração do sistema universal de saúde. O modelo assistencial da *Estratégia Saúde da Família* com 41 mil equipes multiprofissionais assiste hoje 130 milhões de brasileiros. Sistemas públicos universais fundados na APS integral, como o SUS, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, cura e reabilitação. Garantem a continuidade da atenção coordenada pela APS, proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário, conforme necessidades. Seu enfoque populacional exige promover políticas públicas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde.

A experiência de mais de três décadas do SUS, com seus impactos relevantes na melhoria do acesso e na saúde da população nos autoriza a formular as seguintes proposições:

A determinação social da saúde e da doença, enunciada por Alma Ata, tornou-se concepção hegemônica e exige o compromisso político dos governos em assegurar o máximo de bem-estar dos cidadãos, de forma igualitária. O retrocesso em políticas sociais em função do ideário da austeridade econômica representa um custo insuportável para as sociedades, principalmente nos países periféricos, com aumento da pobreza e das desigualdades sociais, piora nas condições sanitárias, corrosão da coesão social, e ameaças de autoritarismo.

A subsunção da APS à proposta de cobertura universal em saúde (UHC) restringe as possibilidades de garantia do direito humano à saúde, conforme definido em Alma Ata. A cobertura de proteção financeira por meio de seguros privados ou públicos não garante acesso e resulta em diferenciação de cestas de serviços conforme renda. Reatualiza a APS seletiva, com seus pacotes mínimos que perpetuam as desigualdades sociais, concepção antagônica à APS abrangente de Alma Ata.

O usufruto do direito à saúde implica na capacidade de compartilhar o poder na gestão do sistema de saúde. Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo constituem a arquitetura democrática com base na participação social. A fortaleza desta estrutura participativa institucionalizada se expressa no presente documento, ratificado pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Os novos desafios epidemiológicos e a melhoria da qualidade da atenção exigem investir na formação de profissionais de saúde para atuar na APS, aliando formação clínica para o cuidado individual, e, em saúde coletiva para o enfoque populacional. A garantia de condições materiais com salários justos e direitos trabalhistas no provimento de profissionais para a APS valoriza e confere dignidade aos profissionais, facilita a fixação e a qualidade dos processos de atenção.

A redução das assimetrias globais no campo da CT&I em saúde é fator decisivo para a garantia do direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde. A construção de complexos produtivos de saúde orientados a responder as necessidades da população, rompe a barreira imposta pelos interesses comerciais que tornam insumos, medicamentos e tecnologias inacessíveis para grande parte dos países no mundo, intervindo nas tendências de comercialização, mercantilização e privatização da saúde.

A saúde não é uma mercadoria, mas um bem de relevância pública. Os sistemas públicos universais de saúde, gratuitos e de financiamento fiscal que têm a APS como o

coração da rede de atenção materializam o caminho mais efetivo e eficiente para promover a equidade e garantir o direito universal à saúde, ‘sem deixar ninguém para trás’.

Este documento foi elaborado a partir de contribuições de um Grupo de Trabalho composto por pesquisadores da Fiocruz e de aportes da Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado por unanimidade pelo pleno do CNS em 11 de outubro de 2018.

Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária à Saúde (APS), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Governo do Cazaquistão organizam para 25 e 26 de outubro de 2018 a *Global Conference on Primary Health Care* (Conferência Global sobre Cuidados Primários de Saúde), com o objetivo de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal e os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) (“*renew a commitment to primary health care to achieve universal health coverage and the Sustainable Development Goals*”).

A *Declaração de Alma Ata* conclamou por justiça social e propugnou por saúde para todos e a superação das desigualdades sociais entre países e ao interior dos países. Difundiu uma concepção abrangente da APS como a base de sistemas de saúde de acesso universal e cuidado integral. Reconheceu a inseparabilidade da saúde do desenvolvimento econômico e social, envolvendo a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais da saúde e promover a saúde. Incentivou a participação social para

o empoderamento dos cidadãos na defesa e ampliação dos direitos sociais. Contudo nos anos que se seguiram imediatamente à Declaração, verificou-se a ascensão ao poder de dirigentes conservadores na Europa e nos Estados Unidos e a adoção de políticas neoliberais. A partir de propostas da Fundação Rockefeller e da Unicef concebeu-se uma Atenção Primária Seletiva, voltada para medidas pontuais, especialmente na saúde infantil, em flagrante contradição com o ideário de equidade e saúde como direito universal^{2,3}.

De todo modo, o legado da Conferência e seu lema “Saúde para Todos no Ano 2000” permaneceu relevante na construção de projetos de equidade e justiça social.

Assim, sob inspiração de Alma Ata, a Constituição Federal brasileira de 1988 reconhece a conexão do desenvolvimento econômico e social e das condições ambientais na determinação do processo saúde-doença e na promoção da saúde e a responsabilidade governamental na provisão de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social.

A proposta de saúde para todos por meio da criação de um sistema público universal que garantisse o direito à saúde foi assumida pelo movimento sanitário brasileiro e por movimentos populares⁴. A singularidade da reforma sanitária brasileira na transição para um regime democrático foi sua inserção no desenho de um novo e abrangente modelo de proteção social, sustentado por ampla mobilização social em favor da expansão dos direitos sociais e da transformação democrática do Estado e da sociedade⁵.

O novo modelo constitucional de política social brasileira é caracterizado pelo reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a universalidade da cobertura, a subordinação das práticas privadas à regulação com base na relevância pública destas ações, a orientação para o público (em contraposição a uma orientação para o mercado), governança descentralizada e cogestão governo-sociedade, com forte participação social⁵.

Esse amplo movimento social da reforma sanitária brasileira propiciou a criação de um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos tem como princípios fundamentais os ditames constitucionais de “saúde direitos de todos e dever do Estado” com universalidade, integralidade, equidade e participação social.

A atenção primária à saúde, na experiência brasileira, é parte estruturante e indissociável da constituição deste sistema universal de saúde, o SUS, modelo eficaz e eficiente de garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da agenda 2030 de “*não deixar ninguém para trás*”. Há robusta evidência empírica e analítica de que os sistemas universais são superiores em termos de qualidade, eficiência e de equidade em saúde quando possuem, como pilares estruturantes: a organização de uma APS integral, o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal, subordinando as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público⁶⁻⁹.

A atenção primária à saúde no SUS brasileiro sustenta-se no modelo assistencial da *Estratégia Saúde da Família*, com equipe multiprofissional de base territorial, abordagem de cuidado individual e coletivo, primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, início de um processo contínuo de atenção em uma rede integral regionalizada de serviços. Os avanços na atenção primária à saúde no SUS para o acesso universal são inegáveis, com ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviço de procura regular (fonte usual do cuidado), expressos na atuação de mais de 41 mil equipes de Saúde da Família, presentes em 5.400 municípios, com população coberta estimada de mais de 130 milhões de pessoas. Há evidências robustas de que a expansão da Estratégia de Saúde da Família, base do sistema universal, teve impactos positivos sobre a saúde da população, com: redução da mortalidade

infantil e de menores de cinco anos¹⁰; da mortalidade cardio e cerebrovascular¹¹ de internações por condições sensíveis à atenção primária¹²⁻¹³, entre outros. A ampla inclusão da população, aliada a políticas específicas para populações vulnerabilizadas e marginalizadas, como ribeirinhas, negra, quilombola, indígenas e LGBT, promoveu equidade e reduziu desigualdades.

A experiência de mais de três décadas do SUS, com seus impactos relevantes na melhoria do acesso e na saúde da população – mesmo que implantado em conjuntura crítica da economia global e enfrentando grandes desafios no financiamento e na integração, e novas ameaças atuais dos programas de ajuste fiscal – nos autoriza a formular as seguintes proposições:

- A saúde não é uma mercadoria, mas um bem de relevância pública. Os sistemas públicos universais de saúde, que têm a APS como o coração da rede de atenção, são fundamentais para garantia do direito humano à saúde e a equidade no acesso e na utilização, devendo ser financiados por toda a sociedade, de forma solidária, com base a um sistema de tributação progressivo, com justiça fiscal. Sistemas públicos universais de saúde materializam o caminho mais efetivo, equitativo e eficiente para a garantia do direito social ao acesso a serviços de saúde.
- Saúde é produto de determinações econômicas e sociais construídas historicamente nos e entre os países. Saúde não é produto de escolhas individuais, estilos de vida e comportamentos. O processo saúde-doença é determinado, em última instância, pelo modo como a sociedade se organiza. A determinação social da saúde e doença exige o compromisso político dos Estados para a garantia do direito à saúde e o máximo de bem-estar dos cidadãos, de forma igualitária e indivisível, ademais de assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Comissões da OMS e do Brasil

sobre Determinantes Sociais da Saúde produziram conhecimentos sobre as relações entre saúde, determinantes e iniquidades e reforçaram a necessidade de ações intersectoriais sobre os determinantes sociais para a promoção da saúde e condições sociais de vida digna e do bem-estar. A estratégia *Saúde em Todas as Políticas* requer que a saúde da população seja levada em conta por outros setores, tanto na geração de conhecimentos, como na implementação de ações, criando espaços comuns de interesse na governabilidade e no estabelecimento de políticas públicas sociais e econômicas, responsabilidade do Estado. Saúde e educação devem, portanto, ser assumidas como motores do desenvolvimento sustentável, como investimento e não como gasto social, que pode ser limitado em conjunturas adversas. O retrocesso em políticas sociais em função do ideário da austeridade econômica tem representado um custo insuportável para as sociedades, penalizando a população mais pobre, e mais intensamente os países periféricos em que as desigualdades sociais têm raízes históricas profundas, o que já se reflete em situações de aumento da pobreza e desigualdades, com as consequências sanitárias de difusão de epidemias e aumento de morbidade e mortalidade. As consequências políticas dos ajustes também já começam a ser sentidas, com a corrosão da coesão social, deslegitimação dos governos eleitos e aumento do risco de busca de soluções por meio de medidas autoritárias.

- O usufruto do direito à saúde implica a capacidade de compartilhar poder na gestão do sistema de saúde, em todos os níveis – nacional, regional, local, unidades de saúde – com os beneficiários do sistema de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde passa a ter um papel estratégico na democratização das políticas públicas, na socialização das informações sobre o funcionamento do governo e na prestação de contas e transparência do processo decisório. A experiência

brasileira avançou na construção de uma arquitetura democrática com base na participação social, com o estabelecimento de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo – Nacional, Estadual e Local – e por meio das Conferências Temáticas e das Audiências Públicas. A fortaleza desta estrutura participativa institucionalizada se expressa no presente documento, que integra os eixos e teses defendidas no posicionamento do Conselho Nacional de Saúde do Brasil¹⁴ e foi ratificado pelo CNS em 11 de outubro de 2018¹⁵.

- A equiparação da APS com a proposta de cobertura universal em saúde (*UHC-Universal Health Coverage*) restringe as possibilidades de garantia do direito humano à saúde e ao acesso a serviços de saúde conforme necessidades. A ênfase da UHC na proteção financeira por meio de seguros privados ou públicos não é suficiente para garantir acesso e resulta em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme renda, com diferentes cestas de serviços cobertos, reatualizando a atenção primária à saúde seletiva, com seus pacotes mínimos e cristalizando desigualdades. A UHC é a expressão de programas de austeridade/ajuste fiscal com desresponsabilização de governos e o fornecimento de mínimos e de cestas. A UHC difere essencialmente da concepção original da APS integral de Alma Ata, fundamento de sistemas públicos universais de saúde. A distribuição equitativa de recursos públicos de acordo com necessidades, financiamento fiscal com base tributária progressiva com justiça fiscal, sob controle e regulação governamental, ausência de copagamento e garantia de cuidado integral, em um sistema universal organizado territorialmente conforme necessidades de saúde, são cruciais para o impacto da APS na redução das desigualdades sociais.

- Por suas implicações na restrição do direito universal à saúde, a ênfase na

cobertura por seguro e a indistinção entre cobertura e acesso, a proposta de UHC da OMS e do Banco Mundial foi questionada no âmbito da OPAS, por países da América do Sul, que buscam construir sistemas universais de saúde (inclusive o Brasil). Neste processo, a partir de uma consulta aos Estados Membros, a OPAS aprovou, em 2014, a Resolução CD 53/5, que ampliou a concepção de UHC, ao incorporar a garantia de acesso a serviços de saúde e mencionar o direito à saúde, entendendo o acesso universal como capacidade de utilizar serviços de saúde integrais (ações populacionais e/ou individuais de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação) adequados, oportunos e de qualidade conforme necessidades. A OPAS passou a difundir “Saúde universal” para designar a estratégia a ser implementada na Região¹⁶. Para ser representativa de todo o sistema ONU e da OMS, a Declaração de Astana deve adotar e incluir esta posição em defesa do direito humano universal à saúde.

- A Fiocruz se dedica ao desenvolvimento de Ciência, Tecnologia & Inovação (CT&I) e a formar recursos humanos a serviço da universalização do direito à saúde no Brasil e na cooperação internacional com países em desenvolvimento, fortalecendo os sistemas universais de saúde com produção de insumos, medicamentos e tecnologias e na conformação de complexos produtivos de saúde orientados a proporcionar uma atenção à saúde que responda às necessidades da população, com vistas ao bem-estar, à garantia da dignidade humana e ao enfrentamento das desigualdades sociais. Isto só será possível rompendo a barreira imposta pelos interesses comerciais que tornam tais recursos inacessíveis para grande parte dos países no mundo, principalmente os países periféricos da América Latina e África, cuja posição dependente em relação aos países capitalistas centrais, produz desigualdades estruturais históricas. Assiste-se, no

presente, um enorme risco do fortalecimento da apropriação privada do conhecimento gerado em saúde, desenvolvido em sua maior parte em instituições públicas com recursos públicos em diversos países do mundo. A redução das assimetrias globais no campo da CT&I em saúde é um fator decisivo para a garantia de uma APS abrangente e equânime. As agendas nacionais e globais de prioridades de pesquisa devem ser pautadas pelas necessidades de saúde, para que o conhecimento seja um instrumento para o acesso universal à saúde e para uma atenção primária abrangente. Recentemente a epidemia de Zika Vírus no Brasil, identificada graças à APS, deflagrou novas linhas de pesquisa em saúde pública para identificação, monitoramento, acompanhamento e ordenamento de serviços especializados e de referência na vigilância de epidemias e suas repercussões a partir da APS. Doenças negligenciadas e outras epidemias atuais apontam como essencial a necessidade de estruturar sistemas de saúde, aonde a APS tem atuação fundamental para seu controle.

- A saúde é direito de todos e sua garantia é dever do Estado por meio de políticas públicas sociais e econômicas integradas¹⁷ para o enfrentamento das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida da população. A conjuntura atual é bastante complexa e apresenta características contraditórias em relação ao objetivo de alcançar a saúde para todos de forma igualitária. Por um lado, o aumento do número de atores e agentes pode favorecer o incremento de recursos, mas também diluir a responsabilidade governamental em uma rede plural de governança que não consegue esconder problemas de interesses conflitantes e dificuldades de coordenação e regulação em função da relevância pública da saúde e as contradições inerentes às expectativas mercadológicas de lucratividade nos serviços.

- Urge o fortalecimento de iniciativas de integração regional entre os países periféricos, especialmente da América Latina e África, com vistas a práticas de solidariedade internacional e fortalecimento de ações em saúde que favoreçam a APS como o coração de sistemas públicos universais de saúde, como direito de todos e dever dos Estados.

A Atenção Primária à Saúde é o coração dos sistemas universais de saúde

Os sistemas nacionais de saúde de financiamento fiscal como o SUS, em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, têm por objetivo que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas, sem restrições para o acesso. A APS é o coração dos sistemas universais de saúde. Nestes, o reconhecimento do direito universal implica em oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas. A integralidade da atenção é um de seus princípios: cada um deve receber atenção conforme suas necessidades, não por mérito ou renda.

Sistemas universais, como o SUS, integram cuidados individuais e ações coletivas de promoção e prevenção, garantem a continuidade da atenção a partir da APS, proporcionando o acesso à atenção especializada e hospitalar nos níveis secundário e terciário conforme necessidade.

Seu enfoque populacional exige promover políticas públicas transversais intersectoriais para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, como o acesso à educação de qualidade, emprego decente e em condições seguras, renda adequada, transporte público de qualidade, segurança pública, habitação saudável, provimento de água potável de qualidade, esgotamento sanitário apropriado, drenagem urbana, coleta de lixo e destinação adequada, ar limpo e outros serviços públicos, em prol da saúde,

do bem-estar e da qualidade de vida, no espírito do ODS 3 e outros correlacionados. O compromisso dos Estados na garantia do direito à saúde inclui esforços para a melhoria das condições de vida das pessoas e do conjunto dos direitos sociais fundamentais.

Para promover o direito humano universal ao acesso a serviços de saúde, a APS deve se constituir no primeiro ponto de contato das pessoas com o sistema de saúde, ser de fácil acesso, prestar atenção oportuna, resolutiva e de qualidade, ofertar ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, atuar no território, espaço dinâmico e vivo, promovendo a participação social e a ação comunitária. Deve ser o início de um processo coordenado e contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada, para garantir o acesso aos níveis de complexidade e especialidades de acordo às necessidades. Essa configuração de atenção primária é uma inovação tecnológica, que envolve novas formas de organização do trabalho e das instituições de saúde e também a geração de novos bens e serviços.

Por vezes se estabelece uma relação equivocada, do ponto de vista conceitual e normativo, entre APS e baixa intensidade de conhecimento e de tecnologia. Na realidade, a atenção primária é altamente complexa e intensiva em conhecimentos e em inovações de processos, produtos e tecnologias sociais.

A organização de uma estratégia de APS envolve a territorialização da ação em âmbito local, ação comunitária e intervenções territoriais, ações individuais, coletivas e de saúde pública, o estabelecimento de redes regionais de referência e contrarreferência, o vínculo necessário com a atenção especializada e hospitalar, os desafios do atendimento permanente de uma população idosa com doenças crônicas e multimorbidade, a articulação com outros serviços como os serviços sociais e aqueles de cuidados de longa duração, a necessidade de sistemas inteligentes de predição e de vigilância em saúde que permitam antecipar ações resolutivas

em nível local, regional e nacional (como o recente caso da epidemia do vírus Zika revelou), entre muitos outros requerimentos para uma atenção que seja abrangente e inserida num sistema universal de saúde.

Esta complexidade exige que as necessidades de saúde pautem as agendas nacionais e globais de prioridade de pesquisa para que o conhecimento seja um instrumento para promover o acesso universal à saúde e para uma atenção primária abrangente¹⁸.

Coordenar o cuidado é função precípua da APS, que exige o fortalecimento de sua capacidade resolutiva e de sua posição central como ordenadora da rede assistencial integrada e integral dos sistemas universais. Somente uma APS fortalecida, integrante de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre níveis assistenciais. Para que a coordenação ocorra é necessário que a rede de atenção à saúde esteja estabelecida territorialmente, com população definida, papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde que a compõem – função esta que extrapola a capacidade de um nível específico do sistema.

Neste sentido, a existência de uma rede regionalizada é estratégia fundamental para os sistemas de saúde universais equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. A APS é parte desta rede regionalizada e o seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, de toda a população circunscrita aos territórios regionalizados, de acordo com necessidades individuais e coletivas. Portanto, a posição ocupada pela APS na rede assistencial, se mais central ou periférica, determinaria suas possibilidades de exercer a função de coordenadora do cuidado em uma perspectiva ampliada.

O redirecionamento da formação e regulação da força de trabalho em saúde que

alie cuidado individual (formação clínica) e enfoque populacional (saúde coletiva) para atuação na APS, a garantia de provimento de profissionais para a APS, inclusive em zonas remotas e desfavorecidas, e reformas direcionadas à melhoria da capacidade resolutiva e da qualidade da APS e à ampliação do escopo de serviços de modo a responder a 90% das necessidades de saúde da população representam elementos técnicos e simbólicos fundamentais para o reconhecimento da posição estratégica da APS na rede, coração do sistema universal de saúde.

A gestão pública dos sistemas universais implica a responsabilização do Estado na garantia de direitos sociais e o compromisso em relação à centralidade dos processos de formação para os trabalhadores da APS. Sua defesa inclui a gestão do trabalho que visa enfrentar os efeitos nocivos dos avanços da privatização, do acirramento da precarização do trabalho a partir da terceirização da provisão de serviços da seguridade social, que causam sofrimento e adoecimento no trabalho. A garantia de condições materiais, salários justos e direitos trabalhistas conferem aos trabalhadores da saúde dignidade e é central para a valorização dos profissionais, sua fixação e para produção da APS abrangente de qualidade¹⁹.

Processos formativos na perspectiva de APS abrangente devem contemplar o cotidiano dos serviços, objetivar a ampliação dos conhecimentos dos trabalhadores articulando trabalho em saúde e mundo do trabalho, a formação geral e formação específica. Neste sentido, se pauta na valorização do conhecimento produzido nas práticas, o conhecimento popular, e no investimento em processos formativos permanentes e em análise crítica para o enfrentamento das diversas formas de precarização do trabalho¹⁵, apoiados em tecnologias informacionais que promovam a integração dos trabalhadores e a compreensão sobre as contradições e desafios da divisão social e técnica do trabalho em saúde. Para tanto, as tecnologias

informacionais devem ser utilizadas como complementares ao processo formativo em saúde que deve ser prioritariamente presencial e contribuir para a integração dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais do setor.

A implementação de uma APS abrangente implica em esquemas de governança que incluem ações concertadas entre múltiplos agentes, com base na determinação social da saúde e políticas públicas intersetoriais, para o enfrentamento das desigualdades sociais. Envolve um conjunto de estratégias de intervenção sanitária que vão além do setor saúde e promovem enfoques multidisciplinares, como a promoção da saúde, a vigilância sanitária, a saúde ambiental, os direitos humanos e a equidade de acesso à educação em saúde, serviços de proteção social e a segurança humana.

As Comissões da OMS e do Brasil sobre Determinantes Sociais da Saúde e a recente Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas da OPS, estudaram exaustivamente as mais diversas abordagens da saúde pública em relação aos outros campos do conhecimento e outras doutrinas com origem nas ciências sociais, políticas e econômicas. A síntese desses estudos levou à chamada estratégia de “Saúde em Todas as Políticas” a qual promove que a saúde populacional seja levada em conta por outros setores tanto na geração de conhecimentos como na implementação de ações, criando assim um espaço comum de interesse na governabilidade e no estabelecimento de políticas públicas sociais e econômicas.

O nível local e as ações primárias setoriais e as populações marginalizadas são elementos comuns aos interesses de vários setores responsáveis pelo desenvolvimento sustentável. Assim, a questão do território é básica e constitui um dos primeiros interesses comuns da saúde com os outros setores, fazendo com que a APS extrapole sua relevância ao sistema de saúde para também jogar um papel fundamental na dinâmica geral do desenvolvimento sustentável local.

APS nos sistemas universais e a cobertura universal em saúde

A Declaração de Alma Ata convocou os governos a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a atenção primária à saúde como parte de um sistema nacional de saúde integral/abrangente e em coordenação com outros setores, mobilizando vontade política e recursos²⁰.

Já a conferência Global de Atenção Primária à Saúde 2018 tem como objetivo renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (UHC – *universal health coverage*).

Cobertura universal de saúde (UHC) é um termo ambíguo, que tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias nacionais e da sociedade civil, especialmente nos países periféricos. A concepção de cobertura universal foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado, que incluem: redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde. Com respeito a este tema, em 2005, a Assembleia da OMS aprovou a *Resolução 58.33 “Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”*²¹.

O debate mundial em torno do tema ganhou visibilidade com a publicação, em 2010, do relatório do OMS sobre *Financiamento dos Sistemas de Saúde - O Caminho para a Cobertura Universal*²². Com base neste relatório, a Assembleia da OMS aprovou, em 2011, uma resolução sobre financiamento sustentável e UHC²³, que instou os países a garantir que o financiamento da saúde evite pagamentos diretos das famílias no ato de uso (*out-of-pocket-OOP*), recomendando contribuições financeiras antecipadas como forma de compartilhamento de riscos,

a fim de prevenir “gastos catastróficos” com saúde, geradores de empobrecimento. Posteriormente, em 2015, a UHC foi definida como uma das metas (3.8) do ODS 3 da Agenda 2030. Seu principal indicador de monitoramento é a proporção da população que incorre em gastos catastróficos (definidos como elevada despesa em saúde no ato do uso como proporção da renda doméstica)*, ademais de sugerir uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais”, que ainda não está sendo acompanhado²⁵.

O indicador de gastos catastróficos tem sido questionado em sua qualidade de medir o desempenho de sistema de saúde, na medida em que pessoas pobres e em extrema pobreza serão excluídas do numerador (gasto em saúde), já que não gastam por não terem dinheiro, apesar de precisar de cuidado de saúde. Ademais, este indicador carrega consigo o pressuposto de expressiva participação do setor privado no setor saúde e da mercantilização da saúde, que é fator gerador de desigualdade no acesso e no uso efetivo de serviços de saúde.

A trajetória da proposição de UHC põe em evidência que a mesma privilegia a cobertura financeira, o que é muito distinto de garantir o direito universal à saúde. Cobertura financeira expressa a titularidade por um seguro. Significa que todas as pessoas possam comprar ou estar afiliadas a algum tipo de seguro (privado ou público), o que não garante acesso e uso quando necessário, nem a equidade. Esta concepção de cobertura difere do conceito de cobertura como uma medida sanitária que associa prestação com acesso e uso efetivos²⁶.

A proposta de UHC tem, portanto, três componentes centrais: foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*) gerenciados por seguradoras privadas ou públicas; afiliação por modalidade de seguro; e definição de cesta limitada de serviços²⁷. O objetivo principal da proposta de UHC é a proteção financeira em saúde,

* O Brasil, com seu sistema universal de saúde, SUS, apresenta baixos gastos catastróficos. Estudo realizado em base a inquéritos populacionais de orçamentos familiares em doze países latino americanos evidenciou o Brasil como o país com menor proporção da população que incorre em gastos catastróficos com saúde (2,2%) (Knaul et al, 2012)²⁴.

isto é, que todas as pessoas possam acessar serviços de saúde sem dificuldades financeiras, ao reduzir os pagamentos diretos no ato da utilização (*OOP*) e evitar gastos catastróficos. Resulta, entretanto, em cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme sua renda. O cidadão é elegível ou não a depender das regras de cada seguro e os serviços cobertos dependem de sua capacidade de pagamento e correspondem a diferentes cestas/pacotes de serviços de atenção aos indivíduos, cristalizando desigualdades²⁸. Contratos de seguros cobrem intervenções específicas e prescindem do desenho de um sistema de saúde integral e integrado. Assim, na concepção da UHC o direito à saúde se restringe ao asseguramento de uma cesta de serviços restrita a ser contratada, reeditando a APS seletiva, concepção antagônica à APS abrangente afirmada em Alma-Ata.

Os *sistemas universais de saúde* consagram a garantia do acesso universal como condição de cidadania, promovem redistribuição e garantem o acesso dos mais desfavorecidos em igualdade de condições. Já a proposta de cobertura universal reduz o papel do Estado à regulação do sistema de saúde. O Estado deve promover o asseguramento e/ou contratar serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-los no mercado.

A miríade e diversidade de contratos entre seguradoras e prestadores, na concepção UHC, aumenta custos operacionais e administrativos, implicando em menor eficiência do sistema. Sistemas de serviços de saúde baseados no mercado – como bem exemplifica o caso dos EUA – são mais caros, não garantem acesso, produzem maior iatrogenia e iniquidades, são menos efetivos, com impactos negativos na saúde da população em comparação com sistemas públicos universais de saúde assentados na APS forte⁶⁻⁹.

Na UHC, a prestação é fragmentada, pois utiliza a lógica financeira e não inclui componentes de desenho do sistema de saúde como territorialização e organização de redes, o

que impede a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços e dentro deles, com perda da efetividade da APS. Ademais, o foco da proteção dos seguros está na atenção médica individual, pois os contratos são individuais, com prêmios calculados conforme características de cada um e abrangência do pacote contratado, prescindindo de enfoque populacional e territorial.

A garantia de cuidado integral (individual e coletivo), que congregue ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e medidas de saúde pública destinadas ao coletivo e ao ambiental, exigem o desenho de um sistema de saúde com coordenação entre serviços primários, secundários e terciários, organizados em rede, integrados e territorializados, distribuídos com economia de escala e orientados pela APS, com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência^{6,7}.

A proposta de cobertura universal alinha-se às concepções de reformas de saúde pró-mercado e reformas gerencialistas da “nova administração pública”, que promulgaram a separação de funções entre financiadores e prestadores (*purchaser – provider split*), a retirada do Estado na provisão de serviços e os subsídios à demanda (isto é, subsídios para a compra de seguros) em contraposição aos subsídios à oferta, por meio da prestação pública de serviços de saúde. Reitera a proposição de seletividade e focalização das políticas sociais e de saúde das agências financeiras internacionais difundidas desde a década de 1980²⁹ (WB, 1993).

A proposta de UHC corresponde a uma concepção de cidadania restrita da visão liberal, uma modalidade de intervenção governamental residual³⁰. O Estado deve subsidiar um seguro e garantir uma cesta restrita de benefícios para aqueles grupos pobres que ‘fracassaram’ em garantir suas necessidades básicas no mercado.

Ênfase nos subsídios à demanda implica em provisão privada de serviços de saúde,

entendida como mais eficiente. Não há, no entanto, evidências consensuais sobre a maior eficiência e qualidade da prestação privada. Revisões sistemáticas da literatura mostram que prestadores privados respondem a demandas e não às necessidades de saúde da população; se instalam em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico; ofertam serviços mais rentáveis; prestam mais serviços desnecessários e mais frequentemente violam padrões da boa prática médica; são menos eficientes e têm resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos. Porém, podem prover atenção mais oportuna e cuidados mais personalizados^{31,32}.

Outra recente revisão de literatura internacional sobre a terceirização de serviços de saúde em países de renda média e baixa aponta que não há evidências de que a mesma seja mais efetiva na melhoria do uso de serviços de saúde do que provisão similar pelo setor público. Há carência de estudos bem desenhados que possam avaliar estas relações, sendo a decisão por terceirização mais uma opção política do que técnica³³. Há que se considerar também nestas escolhas, questões éticas envolvidas na predominância do setor privado nos sistemas de saúde, com destaque para a redução da equidade nos sistemas com opção predominante voltada para a participação do setor privado.

A UHC envolve poderosos interesses econômicos com a expansão do mercado privado em saúde, no asseguramento, na prestação e na produção de insumos, medicamentos e equipamentos, como explicita a Fundação Rockefeller ao reconhecer a pressão de agentes do mercado (indústria farmacêutica, empresas prestadoras, companhias de seguro) para o aumento do financiamento público e privado em saúde³⁴.

Desde a perspectiva dos países do sul global, é necessário reconhecer que a garantia do direito universal à saúde e ao acesso a serviços de saúde exige o enfrentamento destes interesses econômicos, com iniciativas para a construção de complexos

produtivos da saúde orientados para as necessidades de saúde da população, em contraposição às tendências de comercialização, mercantilização e privatização da saúde.

Revitalizar a APS para a garantia do direito humano universal à saúde exige expressar as relações entre APS, acesso universal, desenvolvimento sustentável e redução das desigualdades sociais. O acesso universal é garantido por meio do desenho de sistemas públicos universais integrados, nos quais a APS é base e orienta a organização de redes assistenciais integrais territorializadas.

É necessário mobilizar governos e sociedades para a construção de sistemas universais de saúde públicos e gratuitos, desenhados com base em modelos de APS integral que contribuam para a redução das desigualdades sociais, organizados territorialmente com distribuição regionalizada conforme necessidades de saúde populacionais que garantam acesso efetivo e oportuno a cuidados de qualidade a todos.

Atenção Primária à Saúde e Direito Universal à Saúde

A proposta de Declaração de Astana reafirma a saúde como direito humano fundamental, inscrito na constituição da WHO e que foi assumido na Declaração de Alma-Ata como meta a ser atingida por meio da APS, comprometendo-se a garantir Saúde para Todos no ano 2000. Em Alma Ata, a conclamação a todos para se comprometerem com a busca desta meta não elude o papel dos governos em sua responsabilidade no provimento de medidas sanitárias e sociais que asseguram a saúde das populações. Na Declaração de Alma-Ata os cuidados primários são colocados como a chave para atingir a meta de saúde para todos, associando-os ao desenvolvimento das sociedades e à redução das desigualdades sociais entre países e ao interior dos países, sob o princípio da justiça social.

A proposta atual de Declaração afirma o compromisso com a Agenda 2030 e de seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. A APS é vista na Declaração proposta como a base necessária para alcançar Cobertura Universal de Saúde (UHC). Desta forma, subsume a APS à cobertura universal que deixa de ser estratégia para o direito à saúde. Ao transmutar o direito universal à saúde em direito à cobertura universal em saúde, ocorre uma transliteração, ou transposição de uma ordem política a outra, do direito para a cobertura. O conceito de direito à saúde, baseado no princípio igualitário de justiça social, que só pode ser garantido pelo Estado, foi transposto para um princípio de cobertura, isenta de dificuldades financeiras, que introduz a noção da cobrança pela prestação de serviços de saúde por agentes do mercado.

Saúde não é uma mercadoria porque não tem um valor no mercado, apenas um uso para os indivíduos e as sociedades. Sendo um bem de relevância pública, o Estado tem o dever de assegurar as condições para que os indivíduos e a sociedade possam desfrutar de boa saúde e de atenção adequada, e enfrentar os determinantes sociais para promover a saúde. Essa responsabilidade pública diante dos cidadãos não pode ser terceirizada. É necessário subordinar as lógicas fragmentadas de mercado à visão da saúde como um bem público.

A definição de bem público é uma escolha política da sociedade e não apenas uma escolha técnica. Por ser um bem público, o Estado não pode usar critérios de outra natureza que não a defesa da dignidade e da saúde, individual e coletiva, na organização dos serviços e na definição dos critérios de acesso aos serviços.

A incompatibilidade entre a saúde como mercadoria e a saúde como direito se dá porque o direito se aplica de forma igualitária e com garantia do poder público, sendo os custos da prestação socializados de acordo ao princípio da justiça social. A igualdade é o fundamento da cidadania, que permite a diversidade de acordo com as necessidades,

mas repudia a diferença como princípio de organização da ação pública. Portanto, podemos falar de cidadanias diversificadas com base em necessidades distintas, o que comporta uma igualdade complexa. Não se pode, no entanto, falar de direito à saúde quando a cobertura se encontrar limitada a um pacote de ações básicas para uns, enquanto outros terão atenção integral, de acordo com recursos que são externos aos critérios sanitários, pois baseados em diferenças socioeconômicas. Neste caso, ao invés de materializar o princípio da justiça social, a política de saúde passaria a reproduzir as desigualdades do mercado.

Assim, a cobertura universal da saúde reduz a APS a um conjunto de ações básicas, oferecidas por diferentes instituições provedoras, mas não assegura a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania a ser garantido por um sistema universal de saúde. As diferentes coberturas em APS correspondem a diferentes vínculos dos indivíduos com os provedores, alguns dos quais se limitarão a uma seleção de cuidados básicos, uma APS limitada, seletiva, enquanto outros assegurarão outros níveis de cuidados, sendo nesse caso a APS o primeiro ponto de contato de um sistema universal integral. A defesa da APS como o coração do sistema de saúde exige que ela esteja conectada ao sistema integral de saúde, no qual os usuários tenham respostas efetivas de acordo às suas necessidades, com derivação a partir da entrada na APS.

É a segurança de que o direito à saúde deve ser garantido pelo poder público que o torna exigível. Como diretriz sanitária que articula e coordena as ações de saúde, a APS promove o empoderamento, pois cria condições materiais objetivas de prestação de cuidado de forma abrangente e integral.

Empoderamento significa o aumento dos graus de liberdade de indivíduos e grupos para tomar decisões em relação à sua saúde e exigir o direito à saúde. Diz respeito a um processo tanto subjetivo quanto objetivo, em

que se constituem sujeitos políticos, capazes de afirmar a sua vontade e tomar decisões em relação a um conjunto de alternativas.

Trata-se de um processo dialógico, no qual a interação entre profissionais e usuários permite a troca de informações, o respeito ao conhecimento de ambos, a capacidade de aceitação do outro como sujeito, isto é, aquele que pode agir em função de suas necessidades e desejos. Essa proposição implica que a equipe de saúde seja capaz de reconhecer os indivíduos como iguais, em relações horizontais, ainda que em posições funcionais distintas, portanto, capazes de responder às demandas por informação, estimular e compartilhar novos conhecimentos, compreender e respeitar a forma como os indivíduos constroem seu modo de vida e cultura. Só assim será possível que o cuidado de saúde seja fonte de transformação social.

No entanto, essa capacidade só se realiza se existem condições materiais para propiciar a adequada atenção à saúde. O empoderamento requer condições materiais objetivas de prestação do cuidado em todos os níveis de complexidade e de tratamento necessários ao atendimento das necessidades. Nesse sentido, só haverá verdadeiramente empoderamento se a APS não estiver restrita a um espaço, ou centro de saúde, mas seja uma diretriz que articula o conjunto de unidades que compõem o sistema de saúde.

O usufruto do direito à saúde implica a capacidade de compartilhar poder na gestão do sistema de saúde com os beneficiários, em todos os seus níveis – nacional, regional, local, unidades de saúde. Dessa forma, o sistema de saúde passa a ter um papel estratégico na democratização das políticas públicas, na socialização das informações sobre o funcionamento do governo e na prestação de contas e transparência do processo decisório. A experiência brasileira avançou na construção de uma arquitetura democrática com base na participação social, com o estabelecimento de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo, exemplo a ser seguido.

APS e equidade em saúde

Equidade é um princípio de justiça social. As injustiças sociais têm como base relações sociais estratificadas que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos. Em saúde, é importante distinguir equidade na condição de saúde, de equidade no uso de serviços de saúde. Os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no uso de serviços de saúde. As desigualdades na condição de saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer³⁵.

A Declaração de Alma Ata foi motivada pela marcante desigualdade social e regional (intra e entre países) nas condições de saúde. A meta de Saúde para Todos no ano 2000 apontou os Cuidados Primários de Saúde como a chave para a sua realização. Portanto, no contexto da Declaração de Alma Ata, a equidade em saúde e APS constituem dois lados de uma mesma moeda. Isto quer dizer que uma se realiza através da efetivação da outra.

Há consenso de que a saúde é influenciada por várias circunstâncias sociais e ambientais, não apenas por cuidados de saúde. Na Declaração de Alma Ata, APS implica enfrentar os determinantes sociais da saúde e ainda que o acesso aos cuidados de saúde represente apenas um dentre vários determinantes sociais da saúde, o acesso e uso efetivo de serviços de saúde e a geração de sistemas de saúde universais orientados pela proposta de APS certamente impacta fortemente na redução das desigualdades sociais em saúde.

A capacidade da APS impactar na redução das desigualdades sociais e geográficas em saúde depende marcadamente de sua configuração. A ampliação do escopo dos

sistemas de saúde e de suas práticas, associada ao ganho em sua efetividade, aumenta o impacto destas práticas na saúde das populações. Uma APS abrangente, integral e integrada tem maior impacto do que APS de caráter mais restrito e focalizado, concepção embutida na proposta de UHC. A APS pode ser uma política de redução de desigualdades sociais na saúde, desde que baseada na concepção abrangente e políticas públicas de saúde para a conformação de sistemas universais, conforme evidências de comparações internacionais^{8,36}.

A promoção da equidade em saúde implica em superação das desigualdades, com justiça social, concentrando esforços na prestação dos serviços públicos e de acesso universal para o enfrentamento das iniquidades. Assim, urge aos Estados a produção e proteção de políticas públicas que enfrentem a concentração de riquezas nacionais e globais, assim como, políticas que reparem as dívidas étnicas, sexuais, de gênero e geração históricas nos países.

Uma premissa essencial é que o financiamento da APS não pode ser desvinculado do financiamento do acesso universal à saúde e, portanto, dos sistemas universais de saúde, sob pena de ruptura de uma visão integrada e da localização, conceitual e política, errônea da APS como uma base alternativa de financiamento da cobertura universal. A interface da APS e dos sistemas universais envolve tanto uma dimensão técnica do cuidado – a resolutividade das intervenções em APS depende da organização local da APS e de sua interação regional e nacional em redes estruturadas de atenção – quanto uma dimensão política dos direitos. Uma APS estruturada com equipes multidisciplinares fortalece a atuação e a voz dos sujeitos individuais e, sobretudo coletivos, elevando o nível de conscientização da população pelos seus direitos, inclusive para aqueles não diretamente equacionados no âmbito do cuidado local. Uma estratégia bem-sucedida de APS, como a experiência brasileira recente de Estratégia

da Saúde da Família, pressiona, ao mesmo tempo, o sistema de saúde como um todo para a garantia do cuidado em todos os níveis.

A atenção primária constitui, portanto, um caminho de cidadania e de direitos, cujo resultado em termos de acesso universal e do financiamento requerido somente pode ser atingido na presença de sistemas universais que se desenvolvam e que incorporem a APS como um de seus pilares estratégicos.

A APS é a base para a estruturação de um sistema universal e não sua negação ou sua substituição parcial como uma porta de entrada de restrição de acesso ou pacote mínimo.

É necessário superar uma visão burocrática do financiamento específico e focalizado da APS para uma visão que, embasada tecnicamente, aponte para a necessidade da incorporação pela sociedade e pelo Estado da saúde como direito e, portanto, para a definição política da prioridade do orçamento público para o financiamento dos sistemas universais.

Nessa direção, torna-se necessário indicar proposições para fazer frente ao contexto de limitação de direitos e de cidadania, sob a marca da cobertura universal em saúde e da visão da APS como uma iniciativa marcadamente contábil para desonerar os sistemas de saúde com o fornecimento de cestas ou pacotes de acesso de baixo custo, complexidade e tecnologia.

Uma primeira proposição é a necessidade de priorização, pelos sistemas nacionais e pelos organismos internacionais, do financiamento público à saúde, tratando-a como bem público com a consequente desmercantilização do acesso³⁷. Na experiência internacional, alguns parâmetros aparecem como piso para a possibilidade de constituição de sistemas universais, fundados em uma APS resolutiva e integral: a necessidade de um financiamento público mínimo de 70% dos gastos nacionais e globais em saúde; e o piso de 7% do gasto público em saúde em relação ao PIB. Estes constituiriam uma meta factível para os países menos desenvolvidos se houver uma base de sustentação política e social³⁸.

Outra proposição é a revogação de todo e qualquer limite rígido do investimento público com a saúde, imposto nos atuais programas de ajuste fiscal/austeridade, como no caso brasileiro. Outras variáveis de despesas como as despesas financeiras e os incentivos tributários deveriam ser as variáveis de ajuste, sem incidir na garantia de cidadania e dos direitos humanos.

Para conferir uma base financeira concreta para os sistemas universais de saúde e à APS sugere-se uma diretriz de reestruturação dos sistemas tributários nacionais, no sentido de implementar sistemas tributários progressivos, cuja arrecadação seja baseada na renda (incluindo lucros e dividendos) e no patrimônio (incluindo heranças), com faixas progressivas e diferenciadas para o topo da pirâmide dos segmentos mais ricos da população (1% das pessoas possuem 50% do patrimônio global – dados “insuspeitos” do Presidente do Fórum Econômico Mundial).

Revitalizar a APS segundo o espírito de Alma Ata

A política de austeridade imposta, no presente, por organismos financeiros multilaterais e pelos países desenvolvidos para os países do sul global, vai muito além de uma ação para o equilíbrio das contas públicas. Na realidade, trata-se de uma proposta de redução da responsabilidade governamental na promoção da justiça social, contenção e retrocesso nos direitos e no Estado de Bem-Estar, em favor de interesses rentistas no mercado financeiro. Esta política se fortalece no setor saúde quando se defende a cobertura universal, envolvendo restrição de acesso e fornecimento de cestas de serviços que segmentam a sociedade e cristalizam desigualdades. Outro equilíbrio fiscal, com crescimento, desenvolvimento sustentável e bem-estar é possível, superando a perversa visão da austeridade que ameaça a garantia dos direitos humanos.

Em vez de cobertura universal da saúde é decisivo reafirmar a perspectiva de construção de sistemas públicos universais de saúde que, além de garantir cidadania, direito e equidade, têm potencial de mobilizar a economia e o desenvolvimento sustentável. Nessa perspectiva, a atenção primária deixa de ser um meio de limitar o acesso, como na proposta de cobertura universal; torna-se a ação mais estruturante e efetiva para a construção de sistemas universais que garantam o direito à saúde, não deixando ninguém para trás. No lugar da austeridade e da limitação do acesso e dos direitos, o Brasil propõe “desenvolvimento justo e sustentável e atenção primária à saúde abrangente no coração de sistemas públicos universais”.

A revitalização da APS no espírito de Alma Ata, sem retrocessos, na perspectiva dos povos do sul global, exige, portanto, o compromisso global e o reconhecimento:

- da responsabilidade dos governos e sociedades pela garantia do direito humano fundamental, universal, à saúde e ao acesso a serviços de saúde com equidade;
- da necessidade de construção de sistemas universais de saúde como dever do Estado e responsabilidade governamental, financiados por fundos públicos e serviços prestados por instituições públicas;
- da inseparabilidade do desenvolvimento sustentável e seus pilares econômico, ambiental e social, da saúde, reconhecendo a determinação social e ambiental da saúde e a necessidade de intervir nas políticas públicas (Saúde em Todas as Políticas) para promover a saúde e a equidade;
- da responsabilidade dos governos em todos os níveis de promover a justiça social, a sustentabilidade ambiental e a superação das desigualdades sociais;
- da reorientação dos complexos produtivos

da saúde para as necessidades de saúde da população e garantia do direito universal à saúde em defesa da vida;

- da necessidade de financiamento solidário, em base a sistema tributário progressivo para financiar sistemas de saúde públicos universais com justiça fiscal e equidade;

- da prioridade para o orçamento governamental para a saúde e para a seguridade social: saúde é investimento, e não gasto;

- da APS como o coração de sistemas públicos de saúde universais, integrais e de qualidade;

- da APS como coordenadora de um processo contínuo de atenção integral em uma rede de serviços regionalizada e territorializada;

- da APS como elemento fundamental ao nível local para governança das políticas públicas e da dinamização social e econômica;

- da participação social como poder compartilhado na construção de sistemas de saúde e de sociedades democráticas.

Saúde não é mercadoria: pela não comercialização, mercantilização e privatização da saúde

Sistemas públicos universais de saúde ancorados na APS integral, indissociáveis do

desenvolvimento sustentável, em sociedades democráticas, materializam o caminho mais efetivo, equitativo e eficiente para garantia do direito humano universal ao acesso a serviços de saúde e à saúde, superando as desigualdades sociais.

Colaboradores

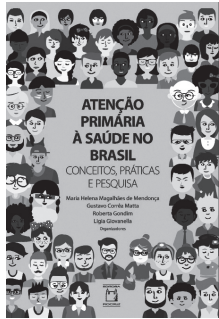
Integrantes do GT Fiocruz sobre APS: Paulo Buss, Ligia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Luiz Augusto Galvão, Arlinda B. Moreno, Carlos A Grabois Gadelha, Cláudia Travassos, Francisco Campos, Guilherme Franco Netto, Gustavo Corrêa Matta, Marcos Cueto, Maria do Carmo Leal, Mariana Setúbal Nassar, Marília Santini, Nisia Trindade, Patricia Canto, Patty Fidelis de Almeida, Paulo Amarante, Roberta Gondim, Sérgio Rego, Sonia Fleury.

Integrantes da Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde: Ronald Ferreira dos Santos (presidente CNS), Agleildes Arichele Leal de Queirós, Allan Nuno Sousa, Ana Maria Chiesa, Ana Paula de Lima, Aparecida Celina Alves de Oliveira, Aryel Thomaz Fontenelle de Melo, Bruno Abreu Gomes, Elizabeth Cristina Fagundes de Souza, Heliana Hemetério, José Orlei Santor, José Vanilson, Kátia de Cássia Botasso, Luzianne Feijó Alexandre Paiva Guimarães, Maria Conceição Silva, Mariana Lima Nogueira, Reginaldo Alves das Chagas, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Shirley Marshal Dias Morales, Shirley Santana Gonçalves, Stephan Sperling, Tulio Batista. ■

Referências

- World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care. [acesso em 2018 set 7]. Disponível em: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc>.
- Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *AJPH Perspectives*. *Am J Public Health*. 2018; 108(9):1153-5.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11):1867-74.
- Arouca S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde debate* 1988; 20:39-46.
- Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60318-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60318-8/fulltext).
- Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. The World Bank. Development Research Group. 2009.
- Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, et al. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Kringos DS, Boerma GWW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC HSR*. 2010; 10(1):65-78.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
- Rasella D, Harhay M, L Pamponet M, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014 (348):g4014.
- Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1963-70.
- Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2):115-122.
- Conselho Nacional de Saúde. Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Conferência de Astana. Brasília, DF: CNS; 2018. [acesso em 2018 set 20]. Disponível em: <http://www.susconecta.org.br/cns-participara-de-conferencia-global-sobre-atencao-primaria-a-saude-no-cazaquistao/>.
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução 600 do CNS de 11 de outubro de 2018. Aprovar o posicionamento brasileiro para a Global Conference on Primary Health Care, Astana 2018. Brasília, DF: CNS; 2018.
- Organização Pan-Americana de Saúde. CD53/5, Rev. 2 Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º. Conselho Diretor. 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Título 8. Da ordem Social Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1891-1902.

19. Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 541p. [acesso em 2018 ago 18]. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12212.
20. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set 1978.
21. World Health Organization, World Bank. Resolution 58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: WHO; 2005. [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: <https://goo.gl/R1R86c>.
22. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010.
23. World Health Organization, World Bank. Resolution 64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage. Geneva: WHO; 2011. [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: <https://goo.gl/JnZDrs>.
24. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Publica Mex*. 2011;53(Supl 2): s85-95.
25. World Health Organization, World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Genebra: WHO; 2017.
26. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(5):847-849.
27. Giovanella L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):1763-1776.
28. Laurell AEC. Políticas de salud en pugna: aseguro miento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2668.
29. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993.
30. Fleury SM. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cad. Saúde Pública*. 1985; 1(4):400-417.
31. Basu S, Andrews J, Kishore S, et al. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine*. 2012; 9(6):1-14.
32. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *Plos Medicine*. 2011; 8(4):1-10.
33. Odendaal WA, Ward K, Uro-Chuckwu H, et al. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 [acesso em 2018 out 18]. Disponível em: 10.1002/14651858.CD008133.pub2.
34. Rockefeller Foundation. Future health markets: a meeting statement from Bellagio. Bellagio: Rockefeller Foundation; 2012.
35. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública* 1997; 2(13):325-330.
36. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:653-655.
37. Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):1765-1778.
38. Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, et al. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.



Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa

Carlos dos Santos Silva¹

DOI: 10.1590/0103-11042018S131

O livro 'Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa', organizado por Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim e Ligia Giovanella, foi publicado em 2018 pela Editora Fiocruz¹. Nele, um coletivo de autores apresenta o conhecimento produzido com provocações reflexivas que incentivam o leitor a (re)pensar e debater criticamente a Atenção Primária à Saúde (APS) no percurso de seu desenvolvimento histórico, da complexidade organizativa, de modelos e em distintos contextos políticos das últimas décadas.

A produção desse coletivo de 50 autores, profissionais, pesquisadores e gestores dedicados aos estudos da APS expressa seus pensamentos e conhecimentos individuais e institucionais, compartilhando-os pelo diálogo, experiências, vivências acadêmicas de ensino, pesquisa, gestão e de práticas no território. A realização de oficinas e elaboração coletiva do termo de referência para o livro propiciaram que as especificidades de cada autor e instituição interagissem na produção de novos conhecimentos norteados pela reflexão ampla, dialógica e interlocução coletiva sobre a APS, originando uma publicação construída de vários saberes, escutas e vozes.

Com instigante diversidade de referenciais teóricos, metodológicos e de práxis,

configura-se como coletânea que faz minuciosa análise da APS, sinalizando obstáculos, enfrentamentos e intervenções necessárias à sua consolidação; bem como apontando caminhos que se adensam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) em intrínseca relação com o Sistema Único de Saúde (SUS) com o desafio de garantir acesso da população aos serviços de saúde e de se constituir como política social estratégica, tendo saúde como direito universal. Seus autores assumem usar 'atenção primária à saúde' ou 'atenção básica à saúde' como 'sinônimos' para facilitar a leitura. Compreendem, entretanto, como Cecilio e Reis², a preferência pelo uso do termo 'atenção básica à saúde' pela especificidade do contexto conceitual e ideológico do movimento sanitário brasileiro.

Seu conteúdo, com mais de 600 páginas, organiza-se em três partes: (1) Componentes estratégicos para a conformação da APS no SUS, com dez capítulos, destacando os principais elementos constitutivos da APS em sua organização no Brasil e criação de um sistema de saúde público e universal aliado a políticas de enfrentamento da determinação social da saúde e das iniquidades; (2) Processos de trabalho e práticas profissionais em APS, com cinco capítulos sobre as categorias que compõem as equipes de saúde da família, suas práticas e interações entre

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7550-7610> carlos.santos@fiocruz.br

si, na equipe e em outros níveis de gestão, incluindo a lógica matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e (3) Panorama da pesquisa em APS no Brasil, com quatro capítulos, em que os autores assinalam um estado da arte com objetos e foco da pesquisa priorizando indagações, identificando ferramentas, indicadores, contribuições, desafios e argumentos de contestação apontados pela avaliação da APS.

Ao expressar a inserção da APS na conformação das redes de atenção à saúde, são revisados os processos mediados pelo financiamento, gestão do cuidado em saúde, modelos de gestão, informação em saúde e às aprendizagens que imprimem relevância da formação de profissionais e da população.

Na integralidade da atenção e do cuidado em saúde na APS, são enunciados e problematizados componentes essenciais, como: territorialidade, a dimensão local de atuação da APS; intersetorialidade, agir articulado e comprometido de profissionais, gestores, serviços, programas, setores e território pelo bem-estar das pessoas; promoção da saúde, não restrita ao referencial médico e de mudanças de comportamento, mas construída por governança democrática e participativa na produção da saúde; e participação popular, como prática social de interação das equipes da ESF com comunidade, seus interesses, demandas e conflitos propiciando mudanças a partir da vivência e dinâmica do território.

São analisados os processos de trabalho e práticas de profissionais como médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, odontólogo e de profissionais dos Nasf. Ao médico, é pretendido o papel de generalista, como especialidade, não no modelo tradicional, mas de um especialista integral em Medicina de Família e Comunidade com abordagem clínica centrada na pessoa e práticas holísticas em que a doença é vista social e culturalmente ligada à experiência de vida. Ao enfermeiro, como mediador (muitas vezes, gestor) da APS, da equipe, da unidade e outros serviços, é indicado que exerça sua

gestão atuando e consolidando a produção de práticas que rompem com injustiças sociais e desigualdades de acesso a ações e serviços de saúde. Para os agentes comunitários de saúde, realizadores da visita domiciliar, pretende-se que aproximem e conectem equipes e comunidade com habilidade de interlocução participativa, superando as constantes mudanças de suas atribuições. Em relação ao profissional de saúde bucal, por processos de especificidade instrumental, espera-se que interaja no conjunto da equipe ESF evitando seu isolamento em modelo restrito de equipe de saúde bucal na APS. Assinalam ainda a insuficiência de profissionais, gestores e trabalhadores qualificados para implementação de política transformadora do modelo assistencial no País, reivindicando o estratégico investimento na formação e qualificação desses atores para mudança do perfil de equipes da ESF e garantia de atenção integral à saúde, essencial ao sucesso da APS como ordenadora do cuidado.

A coletânea apresenta questões relativas a conceitos e referenciais, explora pesquisas em APS, destacando relevância da avaliação para análise de políticas, estudo de práticas e modelos e o dimensionamento da APS como política social que impacte a redução das desigualdades e iniquidades sociais e econômicas, comprometida com desenvolvimento e democracia. São apontadas ferramentas validadas e aplicáveis para avaliação dos serviços com atributos essenciais à APS e discutida a efetividade dos serviços por indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e por fatores externos e internos relacionados com a cobertura da saúde da família em um país como o Brasil, de dimensão continental e da heterogeneidade de cada município e região. Enfatiza a execução do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que permitiu avanços dos processos avaliativos de novos modelos assistenciais da APS com abrangência nacional. Ao citarem os instrumentos de autoavaliação

e a pactuação de indicadores de desempenho, os autores discutem processos e obstáculos nas diferentes fases de seus ciclos e do importante papel da Rede Pesquisa em APS³ na avaliação externa.

O leitor encontra nessa coletânea caminhos para compreender a APS em suas significativas questões, acrescidas da *expertise*, conhecimento e senso crítico de profissionais, gestores e pesquisadores que a percorreram com estudos aprofundados, holísticos e multidisciplinares. Suas perguntas investigativas ao longo do tempo e conjunturas sociopolíticas aguçam a percepção e buscam respostas sobre processos de evolução da APS em sua historicidade, formulação, implantação e implementação como política.

A abordagem, entretanto, não é linear. Considera reflexões com mudanças de trajetória, marcadas por eventos de natureza e interesses distintos ou conflituosos que, para bem ou mal, catalisam a evolução da APS enquanto programa e política de saúde; tais como: Conferência de Alma Ata (1978), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006), revisada em 2011 e 2017, e recentes políticas de austeridade fiscal de contenção e redução de gastos governamentais com políticas sociais (EC.95), direcionadas à interrupção da ESF, dos preceitos da reforma brasileira, da consolidação do SUS e contra os direitos sociais.

Obra indispensável que se traduz em convite para todos, usuários e profissionais do SUS, a reagirem diante da ação ardilosa que golpeia duramente a construção da APS/ESF e do próprio SUS no Brasil. Leitura que permite identificar e rever desafios e enfrentamentos que busquem o pleno potencial da APS com construção de agenda, priorizando a integralidade da atenção e cuidado em saúde e o acesso universal aos serviços para todo cidadão em pleno exercício democrático de seus direitos. Situação agravada, como aponta Giovanella⁴, pelo contexto de sérias ameaças ao SUS e à atenção básica por um governo ilegítimo, com política de ajuste fiscal.

Com abordagens da área de política, planejamento, gestão e das ciências sociais, o campo da saúde coletiva é enriquecido com publicação proficiente em contribuir para pensar e apreender a responsabilidade do vínculo entre profissionais, família e comunidade nos territórios; bem como de fomentar em suas atividades de formação, ensino e pesquisa a urgente retomada da reforma política e sanitária que fortaleça o SUS, o desenvolvimento, a democracia e os direitos.

Torna-se, pois, leitura essencial no percurso de formação crítica e comprometida com a saúde coletiva, com a APS e com o SUS, para profissionais, pesquisadores, gestores, estudantes de graduação e pós-graduação, trabalhadores e usuários do SUS com os quais se supõe compor processos de resistência e de repúdio a políticas excludentes e injustas impostas, recentemente, ao povo brasileiro.

Trata-se de uma obra que cria inferências sobre a relação APS com outros programas de saúde e políticas sociais que têm nela recorte de atuação – como o Programa de Saúde na Escola (PSE)⁵, que exemplifico aqui^{6,7}, para reforçar avanços nos processos de fazer saúde sob princípios da APS; e outros, como o Programa Bolsa Família⁸, com contrapartidas e condicionalidades acompanhadas pelas equipes da ESF; bem como os consultórios de rua⁹, para abordagem de populações vulnerabilizadas. Todos representam múltiplas demandas de famílias e comunidades em contextos diferentes e buscam o cuidar dessas pessoas cujas respostas podem ser facilitadas nos moldes da APS, de característica estruturante dos serviços e programas e de visão holística de como compreender o cidadão e suas relações de vida, por si só intersetoriais.

Amplia-se, portanto, o desafio da APS que, além de superar sua inserção integrada e integral ao sistema de saúde compartilhando responsabilidades em cada nível de gestão, terá ainda que interligar, por sua capilaridade nos territórios em que as pessoas vivem, estudam, trabalham e a vida ocorre, muitas

possibilidades do agir integrado e intersetorial na produção da saúde. Com isso, a APS cria circunstâncias mais favoráveis à ação transformadora pretendida na intersectorialidade de atuação com o conjunto de outros equipamentos, instituições e programas presentes nos territórios, como as escolas de ensino fundamental, equipamentos de apoio social, organizações e movimentos sociais. Essa colaboração intersectorial com equipes da ESF pressupõe atos e atores promotores da saúde e do bem-estar, contrapondo-se ao

modelo médico terapêutico, hegemônico. Tais programas, na lógica e princípios da APS, contribuem, pois, para a ação transformadora no território.

Nesse sentido, considerando a mudança de paradigma pela APS, os leitores instigados pela produção desse especial coletivo de autores não de sugerir novas ideias, questões, investigações e produtos nos referenciais da APS no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. Boa leitura! ■

Referências

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
2. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018 ago; 34(8):1-14.
3. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde* [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; c2018 [acesso em 2018 ago 5]. Disponível em: www.rededesquisaaps.org.br.
4. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018 ago; 34(8):1-5.
5. Brasil. Presidência da República. Decreto no 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa de Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário oficial da União*. 6 Dez 2007.
6. Silva CS, Bodstein RC. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em promoção da saúde na escola. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1777-1778.
7. Pedrosa JI. *Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que pro-*

- duz saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil. Brasília, DF: OPAS; 2007. p.77-95.
8. Magalhães R, Ramos CL, Bodstein R, et al. Análise da Implementação de ações intersetoriais: desafios e alternativas metodológicas. In: Silveira CB, Fernandes TM, Pellegrini B, organizadores. Cidades Saudáveis? Alguns olhares sobre o tema. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 225-242.
9. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultórios de Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(6):1839-1848.

Recebido em 30/08/2018
Aprovado em 03/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', 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 da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha 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 texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' 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>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

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

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

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

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

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

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Carina Munhoz de Lima (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Mariana Acorse (normalização)

Ramón Casanova (espanhol)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem

Number of copies

200 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 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, 2018.

v. 42. n. especial 1; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br