

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO ESPECIAL 2  
RIO DE JANEIRO, OUT 2024  
ISSN 2358-2898

**Estratégias para a  
qualificação da Atenção  
Primária à Saúde no  
Distrito Federal**

## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORIA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - marialuciarizzotto@gmail.com

### EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Leonor Maria Pacheco Santos - Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6739-6260> - leopac.unb@gmail.com  
Luciana Sepúlveda Köpcke - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1465-7949> - luciana.koptcke@fiocruz.br  
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil. Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Paris, France. <https://orcid.org/0000-0002-1465-7949> - magscherer@hotmail.com  
Marcelo Pedra Martins Machado - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9520-2972> - marcelo.pedra@fiocruz.br  
Sandro Rogério Rodrigues Batista - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília (DF), Brasil. Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia (GO), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7356-522X> - sandrorbatista@gmail.com  
Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos - Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5705-936X> - wallaces@unb.br

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com  
Elda Coelho de Azevedo Bussinger - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br  
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com  
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dottorana@gmail.com  
Angel Martinez Hernaez - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat  
Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br  
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emenezdez1@yahoo.com.mx  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br  
Elda Coelho de Azevedo Bussinger - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - elda.cab@gmail.com  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - iola@medicina.ufmg.br  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - fatsuerj@gmail.com  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - gmachineski@gmail.com

Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorreia@uol.com.br  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - ingriddavilla@gmail.com  
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - jamilli.santos@ufba.br  
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br  
Jose da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@fiocruz.br  
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br  
Ligia Giovannella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiogiovannella@gmail.com  
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br  
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salete.jorge@gmail.com  
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - mapale.2008@gmail.com  
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - maurasobreira@ufrn.br  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com  
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - rabra.peg@gmail.com  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - ronaldosann@gmail.com  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br  
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com  
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br  
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br

### EDITORIA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet. <https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - revista@saudeemdebate.org.br

### EDITORIA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz. <https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> - carina.revisao@cebes.org.br

### DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro. <http://www.apoioacultura.com.br> - rita.loureiro@apoioacultura.com.br

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

### NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)  
André Luiz Frizon Faust (inglês/english)  
Carina Munhoz (normalização/normalization)  
Diana Carolina Ruiz Mendoza (espanhol/spanish)  
Jean Pierre Barakat (inglês/english)  
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (inglês/english)  
Paula Santos Diniz (inglês/english)  
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO ESPECIAL 2  
RIO DE JANEIRO, OUT 2024

## APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

### Estratégias para a qualificação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

*Strategies for the qualification of Primary Health Care in the Federal District*

Luciana Sepúlveda Köptcke, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Sandro Rogério Rodrigues Batista

## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

### Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal: um olhar geoespacial para as iniquidades

*Family Health Teams in the Federal District, Brazil: A geospatial approach to inequalities*

Elizel Monteiro dos Santos, Renata Pella Teixeira, Sandro Rogério Rodrigues Batista, Mirlene Guedes de Lima, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos

### Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

*Influence of the structure component on the quality of Primary Health Care in the Federal District*

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Elaine Forte, Brenda Ferreira de Abreu, Ricardo Saraiva Aguiar, Elizel Monteiro dos Santos, Mayra Fernandes Xavier, Katia Crestine Poças

### Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

*Structural typology of Primary Health Care Units in the Federal District*

Denise de Lima Costa Furlanetto, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos, Fabrício Vieira Cavalcante, Mayra Fernandes Xavier, Adriano de Almeida de Lima, Ricardo Ramos dos Santos, Leonor Maria Pacheco Santos

### Utilização dos relatórios do e-SUS da Atenção Primária à Saúde na rotina de trabalho de equipes de Saúde da Família

*Use of e-SUS reports for Primary Health Care in the work routine of Family Health teams*

Taciana Silveira Passos, Tiago Machado de Alencar, Alessandra Page Brito, Ayrton Martins Pereira Sena, Débora Bleza Santos, Agilran Araújo Barreto, Lídia Glasielle de Oliveira Silva

### Participação social no ciberespaço: o caso da atenção primária no Twitter em contexto de pandemia

*Social participation in cyberspace: the case of Primary Health Care on Twitter amid pandemics*

Arthur Lopes, Gabriela Lamego

### Percepções dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família sobre Práticas Integrativas e Complementares

*Family Health Strategy dental surgeons' perception of Integrative and Complementary Practices*

Ana Claudia Cordeiro Alvarenga, Caroline Rodrigues Thomes, Fabiana Gonring Xavier, Marluce Mechelli de Siqueira

## ENSAIO | ESSAY

### Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa

*Institutionalizing the evaluation and monitoring of Primary Health Care in the SUS: contributions to a strategic research agenda*

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Fúlvio Borges Nedel, Rosana Aquino, Sandro Rogério Rodrigues Batista, Ana Paula Santana Coelho Almeida, Geraldo Cunha Cury, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Thiago Dias Sarti, Luiz Augusto Facchini, Lígia Giovanella

**Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades**

*Notes on the notion of territory in the field of collective health: determination, identities, and territorialities*

Guilherme Augusto Souza Prado, Maria Verônica Almeida Caetano

**REVISÃO | REVIEW**

**Fonte Usual de Cuidados: conceitos, métodos e fatores determinantes na avaliação da atenção primária**

*Usual Source of Care: concepts, methods and determining factors in the assessment of primary care*

Maísa Mônica Flores Martins, Níli Maria de Brito Lima Prado, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Rosana Aquino

**Benefícios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na qualidade de vida e nos sintomas de mulheres no climatério: uma revisão sistemática**

*Benefits of Integrative and Complementary Health Practices on the quality of life and symptoms of climacteric women: a systematic review*

Bárbara Angélica Bispo Fernandes de Nascimento Sobral, Rafaela Almeida Silva, Claudinalle Farias Queiroz de Souza, Fátima Maria da Silva Abrão, Aurélio Molina da Costa

**RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**

**Relato de experiência: coprodução do programa Qualis-APS para melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Brasília**

*Case study: coproduction of the Qualis-APS program to increase quality in Primary Health Care in Brasília*

Leonor Maria Pacheco Santos, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Denise de Lima Costa Furlanetto, Claudia Mara Pedrosa, Maria Sílvia Fruet de Freitas, Thais Alessa Leite, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos

**Construção pedagógica de um curso de especialização para gestores da APS sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde**

*Pedagogical construction of a specialization course for PHC managers based on Continuous Education in Health*

Ana Sílvia Pavani Lemos, Evelyn de Britto Dutra, Luciana Sepúlveda Köptcke, Aline Guio Cavaca, Missifany Silveira, Kellen Cristina da Silva Gasque, Rafael de Souza Petersen

**Experiência formativa com uso do portfólio eletrônico como metodologia de ensino-aprendizagem**

*Formative experience using the electronic portfolio as a teaching-learning methodology*

Taís Gabriele Alves da Silva, Isabella Silva de Almeida, Denise Lins de Sousa

**Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos?**

*Coordination in Primary Care and integration in the Health Care Network: How far have we progressed?*

Allan Nuno Alves de Sousa, Helena Eri Shimizu



## Estratégias para a qualificação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Luciana Sepúlveda Köptcke<sup>1</sup>, Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>2,3</sup>, Sandro Rogério Rodrigues Batista<sup>4,5</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E2AP-P

**ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE'** foi desenhado no escopo do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Qualis-APS), implantado em 2019<sup>1</sup>. Esse programa, fruto de uma parceria interinstitucional entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília e a Universidade de Brasília, celebra um convênio com base no novo Marco Legal da Ciência, Tecnologia e Inovação. Essa chamada decorre da necessidade de propiciar, permanentemente, a reflexão crítica sobre o processo de consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) e no Brasil.

Na base da construção de um modelo de APS resolutiva, encontramos a perspectiva ampliada do conceito de saúde e seu reconhecimento como direito básico de cidadania, devendo, em consequência dessa prerrogativa, que o sistema de saúde garanta a universalização do acesso a serviços sensíveis às condições de vida e necessidades dos indivíduos, famílias, comunidades e territórios.

No Brasil, o modelo de APS preconizado é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui não apenas em uma reconfiguração da porta de entrada para o sistema de saúde, mas também em uma inovação tecnológica incremental, predominantemente de menor densidade<sup>2</sup> e que exige amplas mudanças no âmbito político, cultural e organizacional referentes às práticas dos profissionais da assistência e da gestão, à estruturação dos serviços, bem como em relação ao envolvimento dos usuários e dos outros diversos atores, direta e indiretamente, relacionados com a Rede de Atenção à Saúde.

Especificamente no DF, o processo de implantação da ESF como modelo da APS é relativamente recente, tendo sido instituído em 2017<sup>3,4</sup> com a conversão das equipes da APS existentes para equipes da ESF. Tal processo, embora expressasse a vontade política de acelerar a configuração da ESF como modelo de atenção, enfrentou resistência por parte dos trabalhadores e emergiu em um cenário nacional desfavorável, agravado após a publicação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB 2017, que enfraquecia em muitos pontos a ESF, além da escassez de recursos financeiros e orçamentários para o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>. Assim, a implantação da ESF, como modelo de APS no DF, exigiu investimentos de diversas ordens para fortalecer o trabalho dos gestores e de profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de equipes multiprofissionais.

Nesse contexto, o Qualis-APS surge com o objetivo de contribuir para a consolidação do modelo ESF por meio da qualificação da gestão e dos serviços da APS, organizado em três eixos interligados: 1) elaboração e implantação de uma sistemática de avaliação ascendente dos serviços da ESF; 2) oferta de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da ESF e; 3) comunicação e divulgação científica de conhecimentos sobre o SUS-DF<sup>1,6,7</sup>.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF-Brasília), Núcleo de Educação e Humanidades em Saúde (NEHS-Jacarandá) – Brasília (DF), Brasil.  
[luciana.koptcke@fiocruz.br](mailto:luciana.koptcke@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Conservatoire des Arts et Métiers (Cnam) – Paris, França.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina (FM) – Goiânia (GO), Brasil.





Esta edição da 'Saúde em Debate' busca subsidiar o desenvolvimento do Eixo 3, com destaque para um conjunto de estudos metodologicamente diversificados, que abordam estratégias para a qualificação e o fortalecimento da APS, especialmente no DF.

A articulação de ações de avaliação da ação das pessoas no trabalho e processos formativos de profissionais, construídos com base na experiência dos atores envolvidos, pode potencializar o autoconhecimento, o engajamento em um projeto comum e o sentido da vida no trabalho<sup>7,8</sup>. Essas temáticas são abordadas neste número em três relatos de experiência sobre os processos avaliativos e formativos desenvolvidos no âmbito do Qualis-APS. Evidencia-se a importância de envolver gestores e trabalhadores na concepção, na coordenação, no planejamento e na execução da avaliação, pré-requisitos para tomada de decisões baseadas nas melhores evidências disponíveis. Com a premissa da Educação Permanente em Saúde, a construção do percurso pedagógico do Curso de Especialização em Gestão da Estratégia de Saúde da Família do Programa Qualis-APS articulou os referenciais da ergoformação e da abordagem por competências profissionais às diretrizes da educação a distância na saúde e às bases normativas da APS.

Em sequência, um dos aspectos avaliados no sistema de saúde do DF foi a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerada componente estratégico para desempenho dos serviços de saúde<sup>9</sup>, melhorias nos processos de trabalho dos profissionais e para melhor assistência aos usuários. Dois artigos tratam desse tema, um que traça um diagnóstico segundo a percepção de gestores locais, e outro que aborda o desenvolvimento de um indicador composto, a tipologia de estrutura das UBS, que contempla a estrutura física, a disponibilidade de equipamentos, de recursos materiais e humanos, além dos sistemas de informação, segundo a singularidade do DF.

Outro tema em evidência quando se analisa a qualidade na atenção primária é a organização do cuidado, discutida em três artigos neste

número. No primeiro texto, a organização da rede é considerada como recurso potencial para a diminuição de iniquidades em saúde. O estudo buscou descrever a distribuição das equipes de saúde da família e UBS no território do DF, usando como parâmetro o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). O segundo texto discute a integralidade do cuidado em rede, por meio da análise da capacidade de coordenação do cuidado na atenção básica no Brasil (2012 e 2018) e a integração com os demais níveis de atenção, utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Finalmente, em ensaio teórico, abordam-se diferentes concepções e o papel estruturante do território na organização dos sistemas de saúde, discutindo em que medida este interage com a constituição histórica e organizativa dos sistemas e serviços de atenção à saúde.

A implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) na APS também foi objeto de análise. Uma revisão sistemática propôs descrever e sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os benefícios dessas práticas para a assistência à mulher climatérica.

A reflexão sobre perspectivas e acúmulo da prática avaliativa no cotidiano da APS esteve presente em dois textos. O primeiro abordou os conceitos de Fonte Usual de Cuidados (FUC), as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados com o seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde, em particular na APS. O segundo texto analisou as experiências de institucionalização da avaliação e do monitoramento na APS, ao longo dos anos, no Brasil, assim como identificou uma agenda de pesquisa implicada com a consolidação do SUS e o fortalecimento da ESF.

A temática da aceleração no uso das tecnologias de informação digitais, após a pandemia da covid-19, trouxe transformações tanto no âmbito da sociabilidade, da comunicação e da informação quanto no mundo do trabalho, com forte impacto para a saúde<sup>10</sup>. Foi tratada neste número em manuscrito sobre a participação



no ciberespaço, analisando o uso das mídias sociais nos processos comunicacionais e de participação no SUS, com ênfase na APS. O estudo analisou postagens no Twitter sobre APS a fim de identificar os problemas e as potencialidades referidos pelos usuários.

Espera-se que esta edição especial da revista 'Saúde em Debate' inspire o desenvolvimento de práticas inovadoras e eficazes, sustentadas por investimentos na valorização do trabalho, na formação dos trabalhadores, na melhoria da estrutura dos serviços de saúde e na construção

de processos avaliativos, fundamentais para o fortalecimento da APS e de um SUS crescentemente mais resolutivos.

Desejamos uma boa leitura!

## Colaboradores

Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)\*, Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\* e Batista SRR (0000-0001-7356-522X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 Fev 14; Edição 32; Seção I-III:6.
2. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, et al. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto – Enferm.* 2015;24(2):584-592. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
3. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 Fev 15; Edição 33; seção I-III:4.
4. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):2031-2041. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
5. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):1997-2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>
6. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023. Dispõe sobre o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2023 Abr 15; Edição 72; Seção I-III:5.
7. Scherer MDA, Freitas SBF, organizadoras. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2024 mar 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/Cadernos-QualisAPS-MetodologiaaavaliacaodaAPSdoDistritoFederal2022.pdf>
8. Schön DA. *The reflective Practitioner: How professionals think in Action.* London: Routledge; 1992. DOI: <http://doi.org/10.4324/9781315237473>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(4):921-934. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>
10. Falcão P, Souza AB. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Rev Electron Comun Inf Inov Saúde*. 2021;15(1):55-71. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2219>

## Strategies for the qualification of Primary Health Care in the Federal District

Luciana Sepúlveda Köptcke<sup>1</sup>, Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>2,3</sup>, Sandro Rogério Rodrigues Batista<sup>4,5</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E2AP-1

**THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE'** was designed within the scope of the Primary Health Care Qualification Program of the Federal District (Qualis-APS), implemented in 2019<sup>1</sup>. This program, a result of an interinstitutional partnership between the State Department of Health of the Federal District, the Oswaldo Cruz Foundation – Regional Management of Brasília, and the University of Brasília celebrates an agreement based on the new Legal Framework for Science, Technology, and Innovation. This call stems from the need to permanently provide critical reflection on the consolidation of Primary Health Care (PHC) in the Federal District (DF) and Brazil.

The construction of a problem-solving PHC model is based on the expanded perspective of health and its recognition as a fundamental right of citizenship. As a consequence of this prerogative, the health system must guarantee universal access to services sensitive to the living conditions and needs of individuals, families, communities, and territories.

In Brazil, the PHC model advocated is the Family Health Strategy (FHS), which is not only a reconfiguration of the gateway to the health system but also an incremental technological innovation, predominantly of lower density<sup>2</sup> and which requires extensive changes in the political, cultural and organizational spheres regarding the practices of care and management professionals, the structuring of services, as well as the involvement of users and other various actors, directly and indirectly, related to the Health Care Network.

Specifically in the DF, implementing the FHS as a PHC model is relatively recent, having been instituted in 2017<sup>3,4</sup> with the conversion of existing PHC teams to FHS teams. This process, although expressing the political will to accelerate the configuration of the FHS as a model of care, faced resistance from workers and emerged in an unfavorable national scenario, aggravated after the publication of the National Primary Care Policy – PNAB 2017, which weakened the FHS in many points, in addition to the scarcity of financial and budgetary resources for the Unified Health System (SUS)<sup>5</sup>. Thus, implementing the FHS as a PHC model in the DF required various investments to strengthen the work of managers and professionals in family health, oral health, and multi-professional teams.

In this context, Qualis-APS emerges to contribute to the consolidation of the FHS model through the qualification of PHC management and services, organized into three interconnected axes: 1) elaboration and implementation of a system of bottom-up evaluation of FHS services; 2) offer of improvement and specialization courses for FHS professionals and; 3) communication and scientific dissemination of knowledge about the SUS-DF<sup>1,6,7</sup>.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF-Brasília), Núcleo de Educação e Humanidades em Saúde (NEHS-Jacarandá) – Brasília (DF), Brasil.  
[luciana.koptcke@fiocruz.br](mailto:luciana.koptcke@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Conservatoire des Arts et Métiers (Cnam) – Paris, França.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina (FM) – Goiânia (GO), Brasil.



This issue of the 'Saúde em Debate' seeks to subsidize the development of Axis 3, emphasizing a set of methodologically diversified studies that address strategies for the qualification and strengthening of PHC, especially in the DF.

The articulation of actions to evaluate people's actions at work and training processes for professionals, built on the experience of the actors involved, can enhance self-knowledge, engagement in a joint project, and the meaning of life at work<sup>7,8</sup>. These themes are addressed in this issue in three experience reports on the evaluation and training processes developed within the scope of Qualis-APS. The importance of involving managers and workers in the design, coordination, planning, and execution of the evaluation is highlighted as a prerequisite for decision-making based on the best available evidence. With the premise of Permanent Education in Health, the construction of the pedagogical path of the Specialization Course in Management of the Family Health Strategy of the Qualis-APS Program articulated the references of ergotaining and the approach by professional competencies to the guidelines of distance education in health and to the normative bases of PHC.

Subsequently, one of the aspects evaluated in the health system of the DF was the structure of the Basic Health Units (UBS), considered a strategic component for the performance of health services<sup>9</sup>, improvements in the work processes of professionals, and better care for users. Two articles deal with this theme, one that outlines a diagnosis according to the perception of local managers and another that addresses the development of a composite indicator, the typology of the structure of the UBS, which includes the physical structure, the availability of equipment, material, and human resources, in addition to the information systems, according to the uniqueness of the DF.

Another theme in evidence when analyzing quality in primary care is the organization of

care, discussed in three articles in this issue. In the first text, the organization of the network is considered a potential resource for reducing health inequities. The study sought to describe the distribution of family health teams and UBS in the territory of the DF, using the Health Vulnerability Index (IVS) as a parameter. The second text discusses the comprehensiveness of care in the network through the analysis of the capacity to coordinate care in primary care in Brazil (2012 and 2018) and the integration with the other levels of care, using data from the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care. Finally, in a theoretical essay, different conceptions and the structuring role of the territory in the organization of health systems are addressed, discussing to what extent it interacts with the historical and organizational constitution of health care systems and services.

The implementation of Integrative and Complementary Health Practices (PICS) in PHC was also analyzed. A systematic review proposed to describe and synthesize the scientific evidence available in the literature on the benefits of these practices for the care of climacteric women.

The reflection on perspectives and accumulation of evaluative practice in the daily life of PHC was present in two texts. The first addressed the concepts of the Usual Source of Care (FUC), the methodological approaches used, and the determining factors related to its recognition by health service users, particularly in PHC. The second text analyzed the experiences of institutionalization of evaluation and monitoring in PHC over the years in Brazil and identified a research agenda implicated in consolidating the SUS and strengthening the FHS.

The theme of accelerating the use of digital information technologies after the COVID-19 pandemic brought transformations both in the field of sociability, communication, and information and in the world of work, with a substantial impact on health<sup>10</sup>. This issue was treated in a

manuscript on participation in cyberspace, analyzing the use of social media in communication processes and participation in the SUS, emphasizing PHC. The study analyzed posts on Twitter about PHC to identify the problems and potentialities reported by users.

This special edition of the journal 'Saúde em Debate' aims to inspire the development of innovative and effective practices, supported by investments in valuing work, training workers, improving the structure of health services,

and building evaluation processes. These are fundamental for strengthening PHC and an increasingly problem-solving SUS.

We wish you a good reading!

## Collaborators

Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)\*, Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\* and Batista SRR (0000-0001-7356-522X)\* also contributed to the elaboration of the manuscript.■

---

## References

1. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 Fev 14; Edição 32; Seção I-III:6.
2. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, et al. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto – Enferm.* 2015;24(2):584-592. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
3. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 Fev 15; Edição 33; seção I-III:4.
4. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):2031-2041. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
5. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):1997-2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>
6. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023. Dispõe sobre o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2023 Abr 15; Edição 72; Seção I-III:5.
7. Scherer MDA, Freitas SBF, organizadoras. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2024 mar 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/Cadernos-QualisAPS-MetodologiadaavaliacaodaAPSdoDistritoFederal2022.pdf>
8. Schön DA. *The reflective Practitioner: How professionals think in Action.* London: Routledge; 1992. DOI: <http://doi.org/10.4324/9781315237473>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(4):921-934. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>
10. Falcão P, Souza AB. Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da Covid-19 no Brasil. *Rev Electron Comun Inf Inov Saúde*. 2021;15(1):55-71. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2219>



## Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal: um olhar geoespacial para as iniquidades

*Family Health Teams in the Federal District, Brazil: A geospatial approach to inequalities*

Elizel Monteiro dos Santos<sup>1</sup>, Renata Pella Teixeira<sup>2</sup>, Sandro Rogério Rodrigues Batista<sup>2</sup>, Mirlene Guedes de Lima<sup>2</sup>, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28920P

**RESUMO** A Estratégia Saúde da Família é reconhecida como capaz de minimizar os efeitos das iniquidades em saúde. Este estudo descritivo buscou apresentar a distribuição das equipes de Saúde da Família (eSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Distrito Federal (DF), usando como parâmetros o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) e a densidade demográfica categorizadas por setores censitários. Foram utilizados dados do último censo demográfico publicado e dados oficiais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Os resultados mostraram que o DF tem uma população heterogênea, quando se trata de vulnerabilidade, e que a maioria dos setores censitários de alto risco está nas zonas periféricas. O DF possui 165 UBS e 615 eSF (média: 3,7 equipes/UBS). Cerca de 35% dos setores censitários apresentam IVSaúde de baixo risco, e 19,8%, de elevado e muito elevado risco. O estudo mostrou que a maior parte das UBS e equipes está localizada em lugares de alta densidade demográfica e de maior vulnerabilidade, embora ainda seja necessário aumentar o número de equipes e de UBS para uma adequada cobertura do modelo adotado na capital federal, bem como reduzir a razão de equipes por estabelecimento de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Estratégias de saúde nacionais. Atenção Primária à Saúde. Disparidades nos níveis de saúde. Vulnerabilidade em saúde.

**ABSTRACT** *The Family Health Strategy is known to minimize the effects of health inequalities. This descriptive study aimed to present the distribution of Family Health teams (eSF) and PHC Units (UBS) in the Federal District (DF) using the Health Vulnerability Index (IVSaúde) and demographic density categorized by census tracts as parameters. We employed data from the most recently published demographic Census and official data from the National Registry of Health Establishments and the DF's State Health Secretariat. The results revealed that the DF has a heterogeneous population when it comes to vulnerability and that most of the high-risk census tracts are in peripheral areas. The DF has 165 UBS and 615 eSFs (mean: 3.7 teams/UBS). Around 35% of the census tracts have low-risk IVSaúde, and 19.8% have high and extremely high risk. The study showed that most UBS and teams are in high demographic density and more significant vulnerability areas. However, there is still a need to increase the number of teams and UBS for adequate coverage of the model adopted in the federal capital and reduce the ratio of teams per health establishment.*

**KEYWORDS** *National health strategies. Primary Health Care. Health status disparities. Health vulnerability.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Profissional - Brasília (DF), Brasil. elizel\_mont@hotmail.com

<sup>2</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o sistema de saúde, sendo reconhecida como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1</sup>. A APS tem como elementos fundamentais a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos essenciais; e resolubilidade, comunicação e responsabilização como funções<sup>2</sup>.

Existem vários modelos de atenção à saúde, que variam conforme as necessidades da população. Segundo Gil e Maeda<sup>3</sup>, modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população. No Brasil, como desenho prioritário para a APS, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>4</sup>, modalidade que, em relação ao modelo tradicional, é valorizada nacional e internacionalmente<sup>5</sup>.

De acordo com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>4</sup>, as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente por médico, preferencialmente especialista em medicina da família e comunidade; enfermeiro, preferivelmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além desses profissionais, a política diz que o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) podem fazer parte da equipe<sup>4</sup>.

A formação da eSF com a equipe multidisciplinar tem a finalidade de cumprir as primícias fundamentais da ESF, com enfoque na saúde, trabalhando com a prevenção e a promoção da saúde, bem como o cuidado com o olhar para toda a família, além de construir um vínculo contínuo com o usuário, a partir de múltiplas abordagens. Soratto et al.<sup>6</sup> apontam ainda que a ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, propondo uma

“articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde”.

Nesse contexto, surge o desafio de levar assistência à saúde para toda a população, sobretudo a exposta às situações vulneráveis, pois existem barreiras que muitas vezes impedem o acesso do indivíduo aos serviços de saúde. Empecilhos, como os fatores socioeconômicos, sociais e ambientais, contribuem de forma negativa em todo o curso da vida, uma vez que o equilíbrio saúde-doença é determinado por esses fatores<sup>7</sup>.

Entende-se iniquidade como a ausência de equilíbrio, que acontece na sociedade principalmente por fatores econômicos e demográficos. Quando se trata da área de saúde, essa concepção de iniquidade vai além desse desequilíbrio, uma vez que a sociedade também apresenta disparidades no âmbito social, o qual contribui para que algumas pessoas tenham mais acesso a recursos do que outras. Por consequência, essas disparidades fazem com que algumas populações se tornem mais vulneráveis e com mais risco à saúde.

Mesmo com os vieses de preferências individuais sobre as condições econômicas, fica claro que o fator monetário influencia na área saúde e priva algumas populações de terem acesso a serviços de saúde. Em conjunto com a situação econômica, as condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, as condições de trabalho insalubres são fatores que mais afetam negativamente as condições de saúde de uma população, e isso reverbera no território onde está inserida a APS<sup>8</sup>.

Para solucionar esse problema, medidas que visem minimizar ou acabar com essas iniquidades são necessárias. Na saúde, é possível alcançar esse objetivo por meio de políticas, não só no escopo da saúde, mas também nas outras áreas, uma vez que, como mostra Barreto<sup>8</sup>, políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social têm impactos positivos nas condições de saúde. Como também destaca Carrapato et

al.<sup>7</sup>, é inquestionável que as condições sociais, ambientais e econômicas possuem grande influência sobre as condições de saúde das populações.

No Brasil, há 5.570 municípios, 26 estados e o Distrito Federal (DF)<sup>9</sup>, que são responsáveis por planejar e executar as políticas públicas. O DF possui perfil peculiar, de estado e município simultaneamente, recebendo financiamento extraordinário da União. Dessa forma, para garantir a descentralização e a assistência à saúde para a população, o DF se dividiu em sete Regiões de Saúde<sup>10</sup>, que comportam as suas 35 Regiões Administrativas (RA).

No que concerne à oferta de cuidados primários em saúde, o País tem uma cobertura de atenção primária de 78,5%, já o Distrito Federal (DF) tem uma cobertura de 68,2% – cobertura esta que figura um pouco abaixo da média nacional, ocupando a 17ª posição em relação as outras capitais<sup>11</sup>.

Em face das peculiaridades do DF e diante da não disponibilidade uniforme de serviços primários de saúde no País, o que catalisa as injustiças sociais, justifica-se este estudo, que objetivou analisar a distribuição das eSF e das UBS do DF segundo a densidade demográfica populacional e a ótica da vulnerabilidade em saúde.

## Material e métodos

Este estudo descritivo analisou a distribuição das eSF e UBS no território do DF, usando como parâmetro o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde)<sup>12</sup> e a densidade demográfica categorizadas por setores censitários, distribuindo as UBS em todo o território do DF, com seu respectivo quantitativo de equipes, produzindo visualização gráfica da distribuição por meio de georreferenciamento.

Os dados referentes aos setores censitários (população, área), limite de cada setor, e os dados para cálculo do IVSaúde foram obtidos pelo Censo 2010<sup>9</sup> no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados que tratam sobre a quantidade de UBS e suas respectivas eSF foram cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Para o cálculo da densidade demográfica e do IVSaúde, utilizaram-se os dados publicados do último Censo realizado no Brasil, em 2010<sup>9</sup>. Os valores estão segregados por setor censitário, o que permitiu uma análise mais precisa da distribuição geográfica da densidade demográfica. Para a análise da densidade demográfica, os dados foram estratificados em tercís. Para a sistematização dos dados e geração dos mapas, utilizou-se o *software* QGIS versão 3.2.3.

Para o cálculo do IVSaúde do DF, tomou-se como modelo a experiência do município de Belo Horizonte (MG), que concebeu o IVSaúde como um índice composto por oito indicadores relativos a: i) abastecimento de água; ii) esgotamento sanitário; iii) destino do lixo; iv) moradores por domicílio; v) pessoas analfabetas; vi) rendimento *per capita*; vii) rendimento nominal mensal; viii) pessoas de raça/cor preta, parda e indígena<sup>12</sup>. Para esse censo demográfico, o DF foi particionado em 4.349 setores censitários. Desses, somente 4.293 (98,71%) foram analisados, visto que 56 (1,23%) dos setores possuíam dados sigilosos por possibilitar a identificação dos respondentes, conforme metodologia do censo demográfico publicado.

O IVSaúde foi categorizado de acordo com os pontos de corte definidos na concepção do índice<sup>12</sup>:

- Médio risco – setores censitários com valores do IVSaúde com 1,5 Desvio-Padrão (DP) em torno da média (média +/- 0,5 DP);
- Baixo risco – setores com valores IVSaúde inferiores ao IVSaúde médio;
- Elevado risco – setores com valores acima do IVSaúde médio até o limite de 1,5 DP acima da média (limite superior do IVSaúde médio + 1 DP);

- Muito elevado risco – setores com valores acima do IVSaúde elevado.

A densidade demográfica do DF foi calculada por setor censitário com os dados do Censo de 2010 disponíveis no *site* GeoPortal – DF<sup>13</sup>. No numerador, considerou o número de habitantes do setor, e no denominador, a área do setor censitário por quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>). Após o cálculo, a densidade foi dividida em três classes de tamanho iguais.

Foi gerado um cartograma, tanto da distribuição pela densidade demográfica quanto pelo IVSaúde para o DF. Com esses

cartogramas, foi possível identificar detalhadamente a distribuição das UBS e das eSF no DF em cada Região de Saúde e em cada RA.

## Resultados e discussão

Segundo o Portal de Informações e Transparência de Saúde do DF (InfoSaúde-DF)<sup>14</sup>, em 2022, o DF possuía aproximadamente 3,1 milhões de habitantes e dispunha, até novembro de 2022, de 165 UBS e de 615 eSF, distribuídas nas RA de acordo com a *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, nov/2022

Região de Saúde/Região Administrativa <sup>a</sup>	UBS (n)	eSF (n)	eSF por UBS (média)	Pop. projetada 2022 (n)
<b>Central</b>	<b>9</b>	<b>44</b>	<b>4,9</b>	<b>404.353</b>
Plano Piloto	4	23	5,8	239.687
Cruzeiro	2	10	5,0	16.599
Lago Norte	2	8	4,0	19.641
Varjão	1	3	3,0	9.030
<b>Centro-Sul</b>	<b>18</b>	<b>76</b>	<b>4,2</b>	<b>367.468</b>
Candangolândia	1	5	5,0	16.263
Guará	5	24	4,8	142.971
Núcleo Bandeirante	2	7	3,5	24.305
Park Way	1	1	1,0	23.578
Riacho Fundo I	2	10	5,0	44.956
Riacho Fundo II	5	17	3,4	74.641
SCIA/Estrutural	2	12	6,0	38.097
<b>Leste</b>	<b>25</b>	<b>68</b>	<b>2,7</b>	<b>337.796</b>
Itapoã	3	15	5,0	76.217
Jardim Botânico	1	4	4,0	60.248
Paranoá	8	23	2,9	75.636
São Sebastião	13	26	2,0	125.695
<b>Norte</b>	<b>36</b>	<b>99</b>	<b>2,8</b>	<b>369.655</b>
Fercal	3	4	1,3	9.503
Planaltina	20	50	2,5	206.344
Sobradinho	6	24	4,0	74.620
Sobradinho II	7	21	3,0	79.188

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal por Região Administrativa e média de equipes por UBS, nov/2022

Região de Saúde/Região Administrativa <sup>a</sup>	UBS (n)	eSF (n)	eSF por UBS (média)	Pop. projetada 2022 (n)
<b>Oeste</b>	<b>27</b>	<b>96</b>	<b>3,6</b>	<b>514.933</b>
Brazlândia	9	16	1,8	65.219
Ceilândia	17	76	4,5	354.813
Sol Nascente/Pôr do Sol	1	4	4,0	94.901
<b>Sudoeste</b>	<b>32</b>	<b>162</b>	<b>5,1</b>	<b>857.986</b>
Águas Claras	2	7	3,5	126.856
Recanto das Emas	9	36	4,0	139.095
Samambaia	13	61	4,7	253.221
Taguatinga	7	50	7,1	212.154
Vicente Pires	1	8	8,0	79.417
<b>Sul</b>	<b>18</b>	<b>70</b>	<b>3,9</b>	<b>277.823</b>
Gama	10	40	4,0	145.104
Santa Maria	8	30	3,8	132.719
<b>DF</b>	<b>165</b>	<b>615</b>	<b>3,7</b>	<b>3.130.014</b>

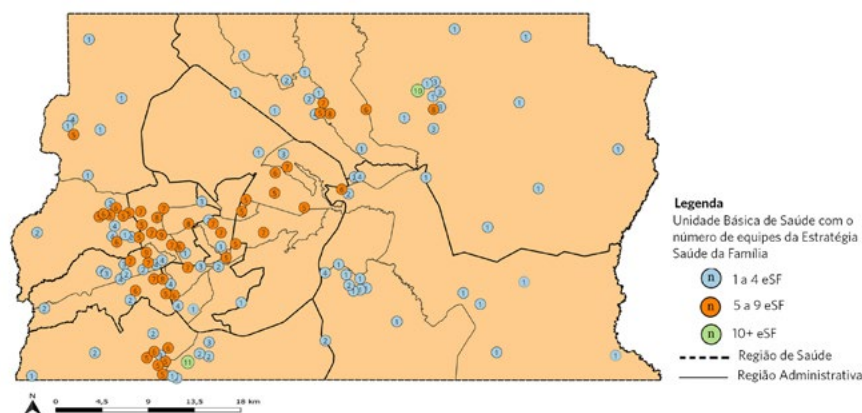
Fonte: InfoSaúde<sup>12</sup>.<sup>a</sup> Elencadas somente as que possuem UBS em seu território.

No DF, as Regiões de Saúde mais populosas são a Sudoeste, a Oeste e a Central, e as que detêm maior número de UBS em seus territórios, como exibido na *tabela 1*, são as Regiões de Saúde Norte e Sudoeste, com, respectivamente, 36 e 32 unidades cada. As Regiões de Saúde

com menos UBS são a Central, com 9 unidades, e as Sul e Centro-Sul, com 18 UBS cada.

Essas UBS e equipes estão dispostas ao longo dos 5.779 km<sup>2</sup> de área do DF. A *figura 1* mostra a distribuição espacial das UBS e eSF no DF.

Figura 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal.



Fonte: elaboração própria.

A Região de Saúde com mais eSF é a Sudoeste, com 162 equipes. A segunda Região de Saúde com mais eSF é a Norte, com 99 equipes, seguida da Oeste, com 96 equipes. Já a Região de Saúde com menos equipes é a Central, com 44 eSF.

Mesmo estando abaixo da média preconizada pela PNAB<sup>4</sup>, quatro equipes por UBS, a média de equipes por UBS no DF é de 3,7 (*tabela 1*), duas vezes maior do que a média nacional. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>15</sup>, o Brasil, em novembro de 2022, tinha uma média de 1,8 equipe por UBS. As capitais Rio de Janeiro, Fortaleza e Belo Horizonte se destacam com a maior média de eSF por UBS, 4,1, 3,9 e 3,6 respectivamente<sup>15</sup>. Em contrapartida, Maceió apresenta a menor média (0,96), seguida por Rio Branco e Cuiabá, ambas com 1,2 equipe por UBS<sup>15</sup>, o que não afasta a existência de algumas UBS com número superior de equipes em relação ao valor recomendado, uma vez que se trata de médias.

No histórico de modelo de atenção à saúde da APS no DF, cabe citar que houve, até um período relativamente recente, outros modelos de atenção diferentes da ESF, que passaram a ter maior relevância em 2017 com a mudança completa do modelo assistencial<sup>16</sup>. Até então, em virtude de o modelo de atenção tradicional ter sido hegemônico no DF, as UBS não tiveram suas estruturas físicas projetadas para a ESF, algumas estruturadas até terem Pronto Atendimento noturno. Em parte, esse cenário

pode explicar a média de equipes por UBS (3,7) do DF em relação à média nacional e reforça a necessidade de investimento em estrutura, para adequação ao modelo assistencial da ESF, em fase avançada de consolidação na Capital Federal.

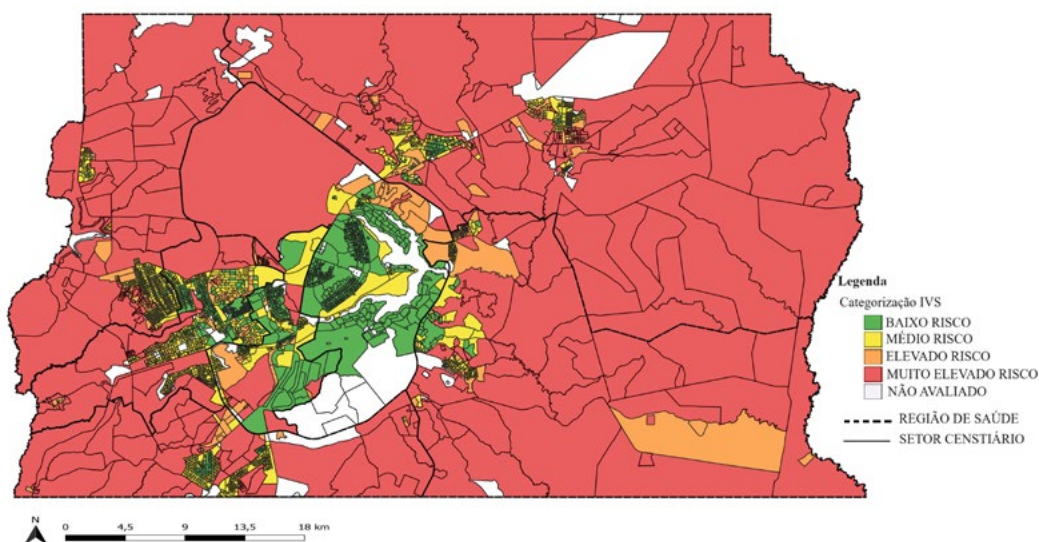
Em relação ao IVSaúde do DF, 34,7% (1.511) dos setores censitários apresentaram o IVSaúde classificado como baixo risco. Em torno de 44,2% (1.921) demonstraram o IVSaúde como médio risco, sendo essa categoria também com o maior número da população, 49,2%. O IVSaúde classificado como elevado risco com o muito elevado risco representam 19,8% (861) dos setores censitários. Ressalta-se que apenas 204 (4,5%) setores censitários não puderam ser avaliados em vista dos seus dados serem considerados sigilosos.

Mesmo com apenas 861 (19,8%) dos setores censitários apresentando o IVSaúde classificado como elevado risco e muito elevado, comparados aos 1.551 (34,7%) de baixo risco, esse valor omite iniquidades, que são perceptíveis na *figura 2*, em que 20,2% da população total do DF, ou seja, 521.519 cidadãos, vivem em áreas tipificadas como de elevado ou muito elevado risco à saúde.

Percebe-se certa tendência, em que os setores censitários classificados como baixo e médio risco estão alocados nas regiões centrais do DF; em contrapartida, os setores com elevado e muito elevado risco estão arrançados nas zonas periféricas, conforme observado na *figura 2*.



Figura 2. Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) por setor censitário no Distrito Federal.



Fonte: elaboração própria.

No que tange à densidade demográfica, a *figura 3* mostra que há uma aglomeração populacional em setores censitários menores, e a concentração da densidade demográfica está localizada mais nos centros das RA, o que se explica pela relação da divisão do território em setores censitários, empregando número de habitantes e área.

Em relação à distribuição com o IVSaúde, os dados mostraram que a maioria das unidades de saúde e das equipes está distribuída nos setores censitários de médio e alto risco de vulnerabilidade e onde há maior densidade demográfica, conforme *figura 4*.

Desde que foi implantada no Brasil, a ESF vem se expandindo no território nacional. De acordo com Giovanella et al.<sup>17</sup>, até 2019, o Brasil tinha 62,6% de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidades de saúde da família, sendo 59,8% das pessoas moradoras em domicílios urbanos e 78,9% moradoras de domicílios rurais. Nesse mesmo estudo, observou-se que a Grande Região do Brasil com mais domicílios cadastrados era o Nordeste, com 73,3%, e em contrapartida, a região Sudoeste apresentou a menor proporção (54,6%)<sup>17</sup>.

Figura 3. Densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>) por setor censitário no Distrito Federal.



Fonte: elaboração própria.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados da investigação de Alves et al.<sup>18</sup> sobre os fatores condicionantes para o acesso às equipes da ESF, a qual mostrou que existe relação direta entre o tamanho de uma população e o desempenho das equipes, tendo as maiores proporções de equipes no mais alto estrato de ‘acolhimento’, ‘disponibilidade’ e ‘acesso’ em locais com maior população.

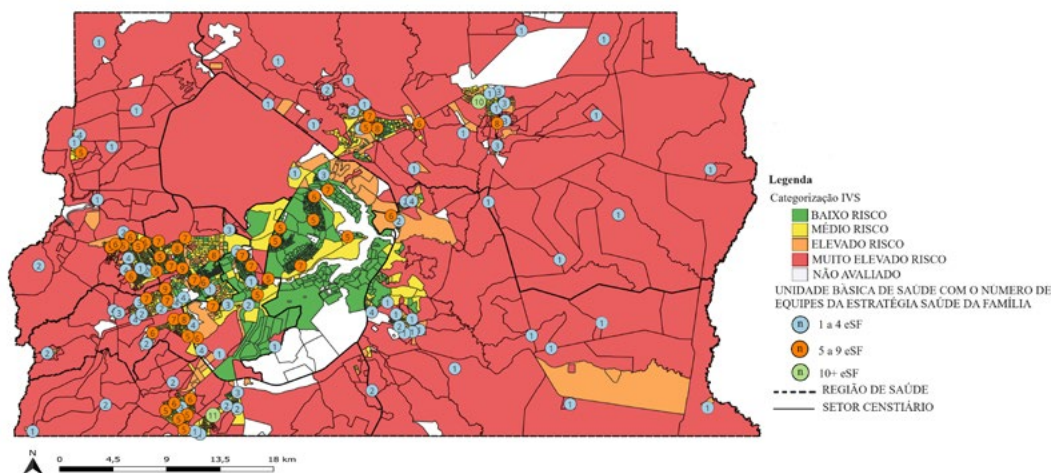
Vale citar o estudo de Sousa e Merchán-Hemann<sup>19</sup>, no qual os autores citam que a expansão da ESF, sobretudo em regiões e nas cidades de grande porte, gera desigualdades nas regiões de pequeno porte, as quais não fazem parte da expansão e, conseqüentemente, sem acesso à saúde. No entanto, a expansão da ESF nos últimos anos no Brasil vem aumentando a oferta de ações e serviços, trazendo efeitos positivos para a população geral<sup>5</sup>.

Nota-se, ainda que esse modelo de atenção à saúde tem como objeto de atuação

as populações de maior risco e vulneráveis<sup>20</sup>. A centralização da atenção nessas populações por parte da ESF tem como dimensão a redução de iniquidades<sup>21</sup>. Dessa forma, a ESF retoma para si a preocupação do SUS em reduzir as desigualdades em saúde, o que é catalisado por sua ação direta dentro do território sanitário.

Além de ter grandes proporções de cobertura em áreas de maior vulnerabilidade, a ESF também apresenta ganhos positivos. Quando se trata de indicadores de saúde, percebe-se um declínio nos indicadores relacionados com a morbimortalidade<sup>6</sup>. Embora ainda não seja possível analisar o efeito da ESF sobre os indicadores, os resultados deste estudo mostraram que a distribuição das UBS e das eSF está feita de forma a atender a populações mais vulneráveis, mesmo que não de modo absoluto.

Figura 4. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família (eSF) segundo o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVSaúde) por setor censitário no DF.



Fonte: elaboração própria.

Os resultados por RA revelam que a maioria das unidades e equipes está em áreas de maior vulnerabilidade da saúde. A RA de Ceilândia, segundo o InfoSaúde, é a mais populosa do DF, a que mais possui eSF (76) e a segunda com mais UBS, 17 no total.

Destaca-se também Planaltina, a RA com maior número de UBS (20) e a terceira com eSF (50). Essa Região também é a quarta mais populosa do DF. Outro ponto dessa RA é que ela possui, entre suas eSF, sete equipes rurais. Essa distribuição nas áreas de maior densidade de risco também é perceptível nas RA de São Sebastião, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho II, Brazlândia e Itapoã.

Essa é uma das contribuições da ESF percebida por Arantes et al.<sup>22</sup>. No seu estudo sobre os desafios e contribuição da ESF, os resultados mostraram que a implantação da ESF ampliou as possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, além de ter benefícios para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, entre outros.

Ainda que esse fato seja pertinente, algumas RA com baixa vulnerabilidade de saúde apresentaram mais equipes em relação a Regiões com alto ou muito alto risco, porém, ao analisar

a densidade demográfica, percebe-se um equilíbrio na distribuição.

A ESF no DF vem encontrando várias barreiras na tentativa de sua consolidação. Esses desafios variam desde fatores históricos até preferência ao modelo assistencial de especialidades na APS, englobando questões centrais de gestão. Tais fatos tornam a consolidação do modelo mais morosa, sobretudo para o entendimento do seu funcionamento e benefícios por parte dos profissionais e, maiormente, pelos usuários do sistema.

O DF já apresentou a menor cobertura nacional de eSF<sup>21</sup>. A implementação da Política de APS do DF, consolidada pela Lei de nº 6.133, de 6 de abril de 2018, que estabeleceu a ESF como modelo da APS<sup>23</sup>, a qual denominou a ESF como modelo exclusivo para a organização do sistema de saúde, traduziu a clara a expansão das equipes e da cobertura no território distrital. Os dados mostram que, mesmo sendo recente a mudança, as unidades e equipes estão em lugares considerados prioritários do ponto de vista da equidade, o que não afasta a necessidade de continuidade do investimento na APS e no fortalecimento da ESF até o alcance legítimo de toda a população do DF.

Os achados deste estudo indicam que há distribuição de UBS no território, sobretudo

em locais com maior densidade populacional, e ainda há locais com maior vulnerabilidade em saúde que não possuem UBS, embora não se possa afirmar categoricamente que não haja cobertura de APS. Contudo, se há cobertura, o estabelecimento de saúde encontra-se afastado de seu território, o que, por si só, é um *proxy* contrário às diretrizes da APS, incluindo a garantia do acesso e a territorialização, com resolubilidade. Vale ressaltar que a ESF não é capaz de superar todas as desigualdades *per sí*, porém, a ESF com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) possuem potencialidade de contribuir para a diminuição de iniquidades em saúde<sup>19</sup>.

É importante citar, ainda, que há uma multiplicidade de indicadores para avaliar vulnerabilidades, inclusive, transformados em índices. Neste estudo, foi escolhido o IVSaúde<sup>12</sup>, que é composto por oito indicadores, coletados no Censo do IBGE<sup>9</sup>, com possibilidade de desagregação em nível de setor censitário, o que permitiu o seu cálculo para as menores áreas do DF, que é considerado um único município. No entanto, índices renomados, como o Índice de Vulnerabilidade Social<sup>24</sup> e o Índice de Desenvolvimento Humano<sup>25</sup>, além de outros mais recentes, como o Índice de Vulnerabilidade Social Aplicado a Políticas Públicas do SUS<sup>26</sup> e o Índice de Vulnerabilidade Socioambiental<sup>27</sup>, complementam-se na predição das vulnerabilidades e contribuem para a focalização de políticas públicas pautadas na equidade.

O presente estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. Primeiro, o estudo se ateve aos dados do Censo de 2010. A periodicidade desse censo tornou o estudo limitado, uma vez que, entre os anos deste estudo e do censo, a população passou por mudanças e, embora tenha sido realizado o último Censo em 2021, os seus dados ainda não estão completamente publicizados, impedindo o cálculo do IVSaúde e até da população por RA. Outra limitação do estudo é que ele não analisou o acesso aos serviços de saúde, senão a distribuição de estabelecimentos e equipes,

sob um plano de vulnerabilidade mapeada, o que contribui para a garantia do acesso, que é atributo da APS. Assis e Jesus<sup>28</sup> explicam que o acesso está relacionado com as possibilidades de o usuário adentrar aos serviços de saúde, por meio de disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, fácil localização das unidades e, também, a possibilidade de atendimento mesmo sem agendamento. Assim, por mais que este estudo mostre que a população vulnerável tem a UBS e as eSF disponíveis no seu território, isso não significa que esteja tendo acesso, de fato, aos serviços.

## Conclusões

Este estudo mostrou que as UBS e as eSF têm uma distribuição que abarca o território do DF. Embora não se possa afirmar que o quantitativo de equipes esteja bem distribuído, tampouco as UBS, há locais vulneráveis que mostram concentração de equipes na mesma unidade de saúde e outras que sequer possuem estabelecimentos de saúde.

Mesmo não mostrando resultados referentes ao indicador de acesso, os achados apresentados neste estudo tornam evidente a capacidade da ESF no DF para atender a população dos locais mais vulneráveis, considerando a distribuição das equipes e UBS. A presença de uma equipe ESF no atendimento das populações vulneráveis, segundo Backes et al.<sup>29</sup>, torna possível o fortalecimento da:

[...] autonomia dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, à capacidade de romper com modelos tradicionais, à valorização das singularidades humanas e ao fortalecimento das redes interativas e associativas.

Ainda que este estudo tenha revelado que as eSF e as UBS estejam alocadas em lugares com maiores densidades demográfica e de risco de vulnerabilidade em saúde, não se pode reduzir os investimentos para levar as UBS para mais próximo da população, adequadas

ao modelo da ESF, possibilitando a garantia do acesso e ações mais voltadas ao território, premissas da ESF, nem mesmo minguar os investimentos para o aumento da cobertura da população do DF. Segundo as orientações da PNAB, para que a ESF possa alcançar seu potencial, garantindo a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e sendo resolutiva, precisa-se de, no máximo, quatro equipes por UBS, e cada equipe com uma população adscrita de 2 mil a 3,5 mil pessoas<sup>4</sup>, o que precisa prontamente ser avaliado pelo DF, considerando as vulnerabilidades da sua população.

Enquanto perdurarem as iniquidades e ainda existirem inúmeros cidadãos sem acesso garantido à APS, com qualidade, o Estado deve continuar inovando e investindo em políticas, não somente da área da em saúde, mas também

em todas as áreas que influenciam a saúde da população. Nesse sentido, a ESF precisa de um olhar mais detalhado dos gestores de saúde, os quais precisam estar sempre atentos às necessidades da população.

## Colaboradores

Santos EM (0000-0003-1474-9111)\*, Teixeira RP (0009-0005-1032-9752)\*, Batista SRR (0000-0001-7356-522X)\*, Lima MG (0000-0002-4005-2003)\* e Santos WEBGD (0000-0001-5705-936X)\* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

## Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília, DF: OPAS; 2011 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)
2. 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: OPAS; 2012 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
3. Gil CRR, Maeda ST. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1. ed. v. 1. Barueri: Manole. 2013. p. 325-48.
4. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília (DF). 2017 set 22; Seção I:68.
5. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018;42(esp1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
6. Soratto J, Pires DEP, Dornalles S, et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto Enferm. 2015;24(2):584-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



7. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* 2017;26(3):676-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
8. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc saúde coletiva.* 2017;22(7):2097-2108. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [data desconhecida]. Estatísticas: downloads: censo; 2010 [acesso em 2023 abr12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloads-estatisticas.html>
10. Câmara Legislativa (DF). Decreto de nº 37.515 de 23 de julho de 2016. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF.* 2016 jul 27; Seção I:11.
11. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2023 nov 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>
12. Secretaria Municipal de Saúde (BH). Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012 [Internet]. Belo Horizonte: SMS; 2013 [acesso em 25 nov 2023]. Disponível em [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice\\_vulnerabilidade2012.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf)
13. GeoPortal [Internet]. Brasília, DF: Seduh; [2021] [acesso em 2023 jul 6]. Disponível em: <https://www.geoportal.seduh.df.gov.br/geoportal/>
14. InfoSaúde-DF: Portal de Informações e Transparência de Saúde do DF [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [sem data] [acesso em 2023 set 4]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br>
15. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. [2000] [acesso 2023 set 4]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/s>
16. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(6):1997-2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>
17. Giovannella L, Bousquat A, Schenkman, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(supl1):2543-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
18. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde debate.* 2014;38(esp):34-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
19. Sousa MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis.* 2009;19(3):711-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009>
20. Dalpiaz AK, Stedile NLR. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas [Internet]. V Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2011 ago 23-26; Campus Universitário do Bacanga. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão; 2011 [acesso em 2023 ago 20]. Disponível em: [https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUAS\\_PREMISSAS.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf)
21. 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 coletiva.* 2016;21(2):327-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>



22. Arantes LC, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1499-1509. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
23. Câmara Legislativa (DF). Lei de nº 6.133 de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2018 abr 9; Seção I:1.
24. Costa MA, Marguti BO, organizadores. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2015 [acesso em 2023 nov 25]. Disponível em: [http://ivs.ipea.gov.br/imagens/publicacoes/Ivs/publicacao\\_atlas\\_ivs.pdf](http://ivs.ipea.gov.br/imagens/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf)
25. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília, DF: PNUD, IPEA, FJP; 2013 [acesso em 2023 nov 25]. Disponível em: [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgk326/files/2023-07/indice\\_de\\_desenvolvimento\\_humano\\_municipal\\_brasileiro\\_-\\_2013.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgk326/files/2023-07/indice_de_desenvolvimento_humano_municipal_brasileiro_-_2013.pdf)
26. Drachler ML, Lobato MAO, Lermen JI, et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(9):3849-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12012013>
27. Malta FS, Costa EM, Magrini A. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;(12):3933-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25032017>
28. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(11):2865-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
29. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(5):1151-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500009>

---

Recebido em 30/09/2023

Aprovado em 19/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Leonor Maria Pacheco Santos



## Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

### *Influence of the structure component on the quality of Primary Health Care in the Federal District*

Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>1,2</sup>, Elaine Forte<sup>3</sup>, Brenda Ferreira de Abreu<sup>4</sup>, Ricardo Saraiva Aguiar<sup>1,4</sup>, Elizel Monteiro dos Santos<sup>1</sup>, Mayra Fernandes Xavier<sup>5</sup>, Katia Crestine Poças<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28643P

**RESUMO** O objetivo deste estudo qualitativo descritivo foi analisar a influência do componente estrutura dos serviços de saúde na qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) na percepção de gestores locais, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária. Os dados foram produzidos em Grupos Focais com 77 gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2020. O conteúdo foi analisado por meio do Mapa de Associação de Ideias e codificados no *software* ATLAS.ti® à luz da Análise de Conteúdo Temática. A quantidade inadequada de profissionais nas equipes, em especial de agentes comunitários de saúde, a não padronização dos processos de trabalho, a não definição das áreas de cobertura, o déficit de manutenção de equipamentos, sistemas de informação que não se comunicam, a ausência de veículos e a estrutura precária de algumas UBS foram os principais achados que representam requisitos de estrutura que influenciam na qualidade da APS. Destaca-se a contribuição deste estudo para orientar estratégias de melhoria na estrutura dos serviços, requisito essencial para a prestação de cuidados mais seguros e de qualidade na APS do DF.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Gestão da qualidade total. Qualidade da assistência à saúde. Estrutura dos serviços.

**ABSTRACT** *The aim of this descriptive qualitative study was to analyze the influence of the structure component of health services on the quality of Primary Health Care (PHC) in the Federal District in the perception of local managers, within the scope of the Primary Care Qualification Program. The data was produced in Focus Groups with 77 managers of Basic Health Units (UBS) in 2020. The content was analyzed using the Idea Association Map and coded in the ATLAS.ti® software in the light of the Thematic Content Analysis. The inadequate number of professionals in the teams, especially community health agents, the non-standardization of work processes, the non-definition of coverage areas, the lack of equipment maintenance, information systems that do not communicate, the absence of vehicles and the precarious structure of some UBS were the main findings that represent structural requirements that influence the quality of PHC. The contribution of this study to guide strategies for improve the structure of services is highlighted, an essential step for the provision of safer and quality care in PHC in the Federal District.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. National health strategies. Total quality management. Quality of health care. Structure of services.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
magscherer@hotmail.com

<sup>2</sup>Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Conservatoire des Arts et Métiers (Cnam) - Paris, França.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por ser a base da organização da rede de atenção<sup>1</sup>. Investimentos têm sido realizados na expansão das equipes, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), visando induzir melhorias nos modos de produção do cuidado<sup>2</sup>. Contudo, lacunas acerca da qualidade estão presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais, sendo sua definição ainda uma tarefa complexa e primordial para a avaliação das políticas e intervenções na APS<sup>3</sup>.

A qualidade relaciona-se com os processos estruturais e organizacionais, que condicionam o cumprimento dos atributos da APS, essenciais para a garantia da qualidade. Abordagens e modelos de avaliação vêm sendo desenvolvidos para gerar conceitos e instrumentos que caracterizem a qualidade dos serviços<sup>1,4-7</sup>. No Distrito Federal (DF), em 2019, foi implantado o Programa de Qualificação da APS (Qualis-APS) visando qualificar a gestão e os serviços de saúde locais a partir do desenvolvimento e da implantação de um sistema de avaliação participativo e em coconstrução entre gestores, trabalhadores assistenciais, pesquisadores e usuários. A iniciativa, fruto da cooperação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília) e com a Universidade de Brasília (UnB), articula ações de avaliação, de capacitação e de certificação das equipes<sup>8</sup>.

O Qualis-APS surgiu após a instituição da política de APS do DF que tornou a ESF modelo único nesse nível de atenção<sup>9</sup>. O Programa é uma oportunidade para enfrentar os desafios relativos à organização do trabalho, à sobrecarga e ao absenteísmo dos profissionais, à necessidade de qualificar a assistência e a gestão e de consolidar a ESF no DF<sup>8</sup>.

O componente estrutura é um dos eixos de avaliação do Qualis-APS, o qual corresponde aos aspectos físicos, técnicos e organizacionais considerados essenciais para a qualidade dos

serviços de saúde. Investimentos em estrutura foram expressivos nas últimas décadas, particularmente devido ao Programa de Infraestrutura e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), mas permanecem problemas, tais como a inadequação da estrutura física das unidades, a insuficiência de profissionais, a falta ou deficiência de equipamentos e de materiais, podendo influenciar de forma negativa na qualidade da APS<sup>10</sup>.

Nesse contexto, a gestão no setor saúde tem sido reconhecida como fundamental, assim como um dos macroproblemas mais significativos para a efetivação das políticas públicas de saúde, sendo requerida do gestor alta responsabilidade. Gerir o déficit de recursos humanos, de insumos, de infraestrutura, de equipamentos e as dificuldades na oferta de acesso aos serviços constitui fator desafiador<sup>11</sup>. Contudo, apresenta-se como um componente importante para que gestores direcionem suas ações, melhorando a eficácia de suas intervenções de modo que haja reestruturação da atividade e criação de métodos de organização do trabalho ou de políticas para a melhoria da qualidade<sup>10</sup>.

Nesse contexto, este artigo tem o objetivo de analisar a influência do componente estrutura na qualidade da APS no DF, na percepção de gestores locais de saúde.

## Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, realizado no DF, no âmbito do Programa Qualis-APS. O DF possui 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em sete Regiões de Saúde. A APS é composta por 615 equipes de Saúde da Família (eSF), 322 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 57 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). No nível de gestão local, as Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP) são compostas por gerente e supervisor, que constituem os gestores locais, e técnicos administrativos, que são responsáveis pelo gerenciamento das UBS.

Este estudo é um recorte de uma macropesquisa<sup>8</sup> que buscava conhecer o que caracterizaria um serviço de qualidade na APS do DF, por meio de Grupos Focais (GF)<sup>12</sup>, realizados com gestores locais. Para este manuscrito, explorou-se a associação entre qualidade e estrutura dos serviços, segundo a experiência dos participantes.

Os sete GF, um de cada Região de Saúde do DF, foram realizados entre janeiro e fevereiro

de 2020, totalizando 77 participantes gestores, conforme a *tabela 1*. Os grupos ocorreram fora dos locais de trabalho, tiveram duração média de duas horas e foram coordenados por duplas de pesquisadores. O debate foi norteado pelas seguintes questões: ‘como deve ser um serviço de APS de qualidade?’ e ‘como deve ser a qualidade na atenção ao usuário, no trabalho da gestão e no trabalho da equipe?’.

Tabela 1. Número de participantes dos grupos focais segundo número de gestores locais (gerentes e supervisores) e região de saúde do Distrito Federal

Região de Saúde	Nº Gerentes e supervisores por região	Nº Gestores locais participantes do estudo
1	24	7
2	22	12
3	16	8
4	18	12
5	42	14
6	46	12
7	32	12
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>77</b>

Fonte: elaboração própria.

As narrativas dos GF foram gravadas, e o conteúdo, transcrito na íntegra, com autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na análise, utilizou-se o Mapa de Associação de Ideias (*quadro 1*), uma tabela que organiza o material discursivo em colunas temáticas, o que contribui para orientar o processo de interpretação e análise<sup>13</sup>. Os dados, na macropesquisa, foram sistematizados em estrutura,

processo e resultados (atenção ao usuário), componentes da avaliação de qualidade<sup>14</sup>, seguidos da vinculação às unidades analíticas de gestão e equipe (eSF e eSB). Os resultados foram codificados no *software* ATLAS.ti<sup>®</sup> à luz da análise de conteúdo temática. Cada GF foi denominado pela região em que atuam os gerentes locais, e as citações estão identificadas pelo número da região, garantindo o anonimato dos participantes<sup>8</sup>.

Quadro 1. Mapa de associação de ideias para codificação

Citação	Codificação			Categoria
	Código Primário	Código Secundário	Grupo	
<i>Falas dos participantes das oficinas</i>	<i>Padrão de Qualidade</i>	<i>Padrão de Qualidade - código de interpretação</i>	<i>Assertivas</i>	<i>Assertivas divididas em Dimensões e Subdimensões de Avaliação da Qualidade</i>
A demanda é grande, falta profissional médico, falta profissional enfermeiro...	Gestão/ Estrutura	Gestão/ Estrutura - Quantitativo de Profissionais	A gestão mantém equipe de SB e SF em quantitativo adequado às necessidades do território	Dimensão: Gestão do Trabalho Subdimensão: Força de Trabalho
Eu acho que a prioridade no DF seria a gente ter equipe constituída, completar as equipes mesmo.				
Uma oferta de serviço de qualidade, é claro que tem que ter o médico, o enfermeiro, o ACS, tudo em quantidade adequada. Mas eu sonho que uma dia a gente vai chegar lá...				

Fonte: Relatórios dos Grupos Focais.

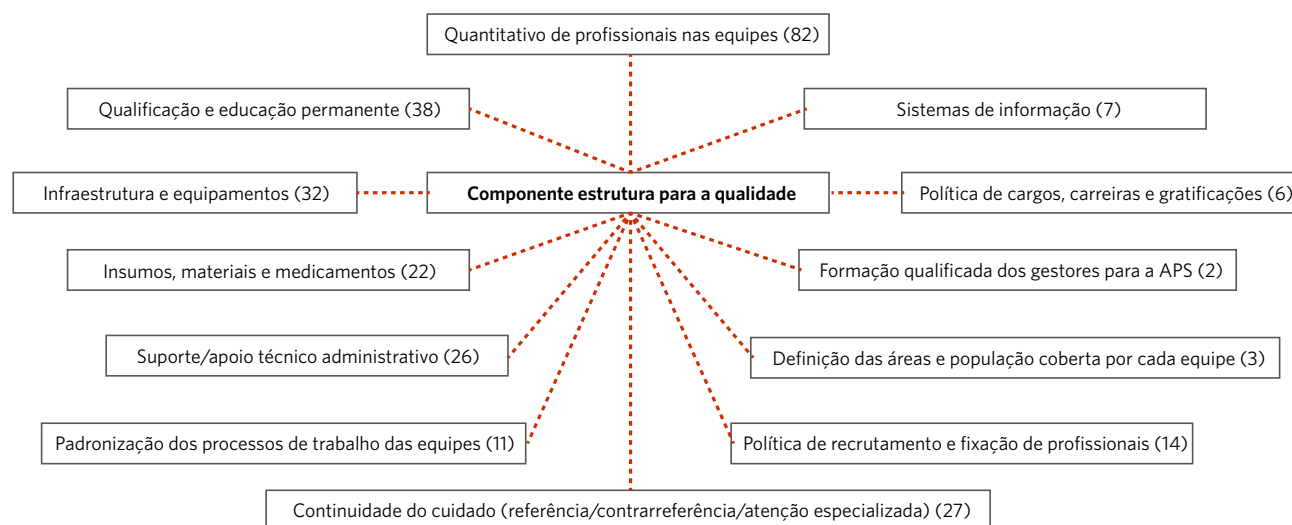
Para o presente estudo, foram identificadas, nos registros dos GF, as narrativas que indicavam associação entre qualidade e estrutura dos serviços, sendo selecionados os trechos que apontam aspectos da estrutura que influenciam na melhoria contínua da qualidade. Para melhor visualização da magnitude desses aspectos, a análise temática é apresentada, nos resultados, com a frequência absoluta em que os temas foram mencionados nos GF, os quais, ao final, geraram três categorias analíticas<sup>15</sup>. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde

da Universidade de Brasília (UnB), parecer sob nº 5.396.127 (CAAE 29640120.6.0000.0030).

## Resultados

Os gestores locais sinalizaram 12 requisitos relativos à estrutura como componente dos serviços de saúde que influenciam na qualidade da APS. A *figura 1* mostra os resultados gerados com o número de citações de cada requisito.

Figura 1. Requisitos relativos ao componente estrutura influenciadores da qualidade na APS



Fonte: elaboração própria.

Os 12 requisitos, agrupados segundo proximidade temática, resultaram em 3 macrocategorias: gestão do trabalho; estrutura para organização do cuidado; e estrutura física das UBS.

## Gestão do trabalho

Esta categoria agrupa requisitos relacionados com o quantitativo de profissionais e com as políticas de cargos, carreiras, gratificações, recrutamento e fixação de profissionais na APS. Traz aspectos sobre a qualificação dos profissionais e a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A quantidade adequada de profissionais nas eSF e eSB e, especialmente, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é essencial para ofertar serviços de qualidade, conforme evidenciado pela magnitude das citações durante os GF (82 citações).

*Em primeiro lugar, para ofertar um serviço de qualidade, eu acho que nós não temos um quadro completo de recursos humanos. A partir do momento que isso é enxergado e isso é resolvido, nós passamos a gerenciar essa qualidade. (GF Região de Saúde 1).*

*Uma APS de qualidade não se faz sem agente comunitário. Eu sobrecarrego o agente comunitário, porque ele não dá conta de fazer o serviço dele, com isso, o técnico fica sobrecarregado, que sobrecarrega o enfermeiro, que sobrecarrega o médico, que sobra no gestor. (GF Região de Saúde 6).*

*Eu tenho uma UBS com dez equipes que têm territórios distintos, eu tenho equipes rurais, que estão há um ano sem médico com aproximadamente 10 mil habitantes. (GF Região de Saúde 4).*

O quantitativo inadequado de profissionais faz com que muitos absorvam trabalho administrativo em excesso, especialmente pelo déficit ou pela ausência completa de um trabalhador que realiza essa função na UBS, ou pela diminuição do número de gestores, o que favorece a sobrecarga (suporte/apoio técnico administrativo: 26 citações).

*Hoje eu não tenho um suporte, eu não tenho técnico administrativo, não tem uma figura que possa ajudar, então tem isso também, falta RH da Secretaria e se a gente fala, nada acontece. (GF Região de Saúde 6).*



*Dentro dessas equipes eu tenho desvio de função, ACS que faz o serviço administrativo porque não tenho RH. (GF Região de Saúde 2).*

*E antigamente existiam três pessoas na gerência, hoje em dia são só dois, é um absurdo, porque a gente fica extremamente sobrecarregada. Na hora que eu entro, por exemplo, eu entro 06:50, de 06:50 o meu horário seria até as seis, sempre fico até às sete, então eu sou a primeira a entrar e a última a sair da UBS. (GF Região de Saúde 7).*

Políticas que incentivam a retenção dos profissionais são compreendidas como questões estruturais para a melhoria da qualidade. Essas políticas devem contemplar recrutamento e fixação de profissionais com perfil adequado, assim como gratificações que sejam orientadas não apenas pela lotação na UBS, mas também pelo desempenho do profissional.

*Porque o servidor tem 25 anos, ele acha que já está plantado ali, ele é dono daquele setor, ele tem restrição; aí você pede para fazer algo também – como nós estamos falando em trabalho em equipe – [e ele se recusa a fazer]. Então é importantíssimo que realmente façamos uma reavaliação dos servidores que estão lotados na APS. (GF Região de Saúde 5).*

A forma como a gratificação financeira para os profissionais da APS é praticada pela SES-DF, segundo os gestores locais, faz com que alguns se mantenham na função mesmo não tendo perfil em razão do incremento salarial que ela representa. Essa situação teria se agravado com a implantação da política de APS do DF, em 2017, que converteu todos os modelos de atenção existentes em ESF, passando a ser chamada oficialmente, pelos profissionais, de ‘Converte’ – como era denominada a política de APS que foi implementada no DF em 2017.

*Eu fiz o Converte porque fui obrigado a fazer, porque senão iria perder a minha gratificação. Então eu acho que talvez a mudança na gratificação que os*

*servidores recebem por produtividade fosse uma forma de melhorar o perfil desses profissionais que estão na atenção primária, porque hoje a gratificação é por lotação, então eu posso estar lotada e afastada 120 dias, quinhentos mil dias, sei lá, e eu vou continuar recebendo a mesma gratificação. (GF Região de Saúde 3).*

Outro aspecto mencionado é a pouca valorização da APS no sistema de saúde, o que faz com que muitos profissionais com dificuldades diversas sejam deslocados para atuar nas UBS ao mesmo tempo que, em outras situações, nem sempre se consideram a experiência, a formação e a trajetória deles para inseri-los em um local onde poderão utilizar melhor as suas capacidades.

*Você dá problema no hospital, vai para a Atenção Primária. Você tem restrição? Vai para a Atenção Primária. Apresentou algum problema de saúde? Vai para a Atenção Primária. Conhece alguém? Vai para a Atenção Primária. Então, a Atenção Primária ficou muito tempo como um prêmio. (GF Região de Saúde 3).*

*Eles gastam muito qualificando o seu RH para estratificar como aquele ser humano, aquele que vem imbuído de uma história, de um contexto de trajetória profissional e pessoal, [que vai orientar] onde ele vai se encaixar naquela organização. E aqui não temos isso. Nós temos vários profissionais que entraram na atenção primária por vários motivos discrepantes, bem destoantes do que imaginávamos que era a perspectiva de atuar, conforme a experiência na qual foram formados. (GF Região de Saúde 3).*

As narrativas dos gestores locais trazem fortemente a ideia de que ter profissionais com perfil adequado, comprometidos com a APS, é um aspecto central da estrutura dos serviços para a qualidade da atenção à saúde.

*Mas o que eu sinto com maior gravidade é que eles descreditam no programa, descreditam na estratégia, descreditam nesse desafio. Então*

assim, isso para mim é angustiante, ver que é uma geração que está aqui para levar isso à frente e, por todas essas circunstâncias que foram relatados aqui, desacreditam. E o nosso papel de chegar e dar injeção de ânimo, e levar a proposta à frente; e muitas vezes a gente se sente assim: de onde eu vou tirar força para dar força para esse pessoal. (GF Região de Saúde 5).

[...] é papel do gerente ou da gerência trabalhar desenvolvimento profissional e se um profissional não tem perfil a gente tem que sentar, conversar, pontuar, pactuar e dar a chance para ele, trazer o treinamento. Mas se ele não tiver perfil, a gente tem que tomar as medidas de chefe para isso e a gente, às vezes, não tem tempo, porque tem que fazer toda essa parte logística operacional para que o serviço funcione e falta tempo para desenvolvimento profissional. (GF Região de Saúde 7).

Nós pegamos pediatras que estavam há 25 anos fazendo pediatria, e depois de 40 horas de curso [...] fala [para ele] 'a partir de agora você vai atender tudo, você é um médico de família e comunidade' só que sem formação, fez um minicurso. (GF Região de Saúde 1).

A qualificação e a educação permanente para o trabalho na APS foram o segundo requisito mais citado pelos gestores locais, com destaque para as capacitações das equipes para o atendimento na APS (38 citações).

Depois que a gente fez a conversão para a clínica que dividiu cada um nas suas equipes, e aí até hoje eles [ACS] não conseguem entender que eles são membros integrantes de uma equipe, que eles não são só para fazer visita domiciliar, [...] que precisa ficar no acolhimento, que precisa ser treinado, que muitos estão fazendo com resistência para não aprender verificar pressão, verificar a glicemia que agora está na PNAB, que se o enfermeiro capacitar eles podem fazer a triagem. (GF Região de Saúde 6).

Se eu tenho os profissionais qualificados, profissionais que estão atualizados, que estão fazendo

curso, que estão vendo e revendo as portarias, as notas técnicas, que têm o suporte de alguém, que têm um matriciamento, que têm uma educação permanente, como ele passa a dominar mais, ele vai desempenhar muito melhor a sua função nisso. (GF Região de Saúde 2).

## Estrutura para organização do cuidado

São descritos, nesta categoria temática, aspectos referidos pelos gestores locais sobre a necessidade de padronização dos processos de trabalho, de definição clara das áreas de atuação e da população coberta por cada equipe. Aborda também a importância da referência e da contrarreferência para a garantia da continuidade do cuidado pela APS, assim como dos sistemas de informação.

Os gestores locais sinalizaram a necessidade de possuírem uma orientação única para as suas atividades, para a melhor condução do trabalho na APS, seguindo fluxos bem estabelecidos.

Eu acredito que para ter um serviço de qualidade na APS também é necessária a padronização dos serviços. Porque o que eu percebo é que cada unidade trabalha de uma forma. O paciente, ele tem uma informação em uma unidade, quando ele chega em outra a informação é outra. E eu acho que precisa de uma padronização, eu acho que todos devemos falar a mesma língua. (GF Região de Saúde 1).

Uniformização de condutas clínicas, isso aí eu acho que é claro guardada a dificuldade de cada caso, a particularidade de cada caso, eu acho que isso é uma coisa interessante. (GF Região de Saúde 7).

A definição das áreas a serem cobertas pelas equipes também é destacada como um aspecto estrutural importante para a organização do trabalho e a qualidade dos serviços.

O que usou como base foi IBGE, e o IBGE totalmente desatualizado com seus dados e hoje temos

*unidades grandes [...], então temos equipes com 7 mil habitantes, com 7 mil pessoas no território e equipes com quase 10 mil, então isso dificulta começarmos a ofertar serviços de qualidade. (GF Região de Saúde 4).*

*Eu não vou receber mais uma equipe, porque eu não tenho área de vulnerabilidade no meu território. Porque eu tenho um determinado território X que tem uma vulnerabilidade maior e aí me coloco hoje numa unidade que eu tenho uma cobertura baixíssima, que eu tenho agendas lotadas, porque, assim, eu já cheguei no limite de como gerenciar a minha agenda, a gente já tentou de tudo, porque a gente não dá conta de oferecer um serviço para a população. (GF Região de Saúde 3).*

A estruturação inadequada da atenção secundária/especializada aparece nos discursos dos gerentes como um empecilho para prestar uma assistência de qualidade (27 citações), bem como a falta de sistemas de informação interligados (7 citações) dificulta que a rede de serviços funcione de forma a garantir a continuidade dos cuidados primários.

*Muitas vezes a questão de ter essa retaguarda de qualidade, de ter essa referência e contrarreferência, eu encaminhar para um laboratório e ter a resposta de um exame, foi analisado em tempo hábil para que eu possa dar seguimento na minha conduta. (GF Região de Saúde 1).*

*Um serviço de contrarreferência, um serviço de APS de qualidade, é ter um serviço de contrarreferência onde eu sou enviada como usuária para outra unidade, eu tenho contrarreferência, mas você não tem nem o histórico no prontuário, porque lá no Hospital de Base registra no prontuário, na minha unidade que é offline registra noutro; na dela, que é do outro lado da rua, registra noutro. (GF Região de Saúde 2).*

Os sistemas de informação são entendidos como facilitadores do processo de trabalho, no entanto, a ausência de manutenção e/ou falta de conexão entre os sistemas utilizados são

dificultadores. Três sistemas de informação e prontuário eletrônico são utilizados na rede de saúde do DF, o que limita o acesso aos dados de atendimento e de acompanhamento dos usuários nos diferentes níveis de atenção. O e-SUS é a estratégia utilizada no âmbito da APS; o Sistema MV é utilizado pelos serviços geridos pelo Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF, que são o Hospital de Base, o Hospital Regional de Santa Maria e as Unidades de Pronto Atendimento; já o TrakCare é o sistema dos demais hospitais e dos pontos da rede.

*A gente está passando agora por grandes dificuldades para quem utiliza a internet particular, porque a SES não tem a quantidade de internet necessária para todas as Unidades Básicas de Saúde, inclusive, a nossa a gente vem pagando. E aí quando o sistema cai fica todo sem e-SUS e sem acessar prontuário. (GF Região de Saúde 4).*

*Um serviço de prontuário e farmácia integrado. Hoje o usuário pega remédio onde ele quer, ele consulta onde ele quer. Porque tem lugar com e-SUS offline, o outro usa o TrakCare, o outro usa do MV, o outro usa o Online, então o usuário ele cadastra onde ele quer e ele é atendido onde ele quer, ele pega o endereço do vizinho, não temos um sistema integrado de farmácia, ele pega o remédio de tarja preta na farmácia, na dela e na dele, porque simplesmente não temos um serviço farmacêutico e de prontuário integrados. (GF Região de Saúde 2).*

*Além disso tudo, ainda tem vários sistemas que não correspondem um ao outro, você tem que entrar em um, entra no outro, entra em um que não falam um com o outro. (GF Região de Saúde 7).*

## **Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**

Esta categoria agrupa os requisitos relativos à estrutura que dizem respeito a: infraestrutura das UBS, equipamentos, insumos, materiais e medicamentos.

Os gestores locais sinalizaram problemas relacionados com a infraestrutura mínima necessária para a atuação na APS, especialmente o déficit ou a falta de manutenção de equipamentos, a ausência de veículos para realizar atenção domiciliar e as estruturas precárias de UBS (32 citações).

*Quatro equipes tomando conta de um território de doze mil pessoas e eu não tenho impressora, eu não tenho um impresso, eu não tenho receituário impresso, a quantidade é mínima e a gente tem que tirar cópias.* (GF Região de Saúde 6).

*Porque as estruturas são muito antigas, a rede elétrica é muito antiga, a parte hidráulica toda hora estraga, é uma coisa que ficamos tentando arrumar e se trocasse tudo, eu ficaria aí uns dez anos sem ter que arrumar, por exemplo.* (GF Região de Saúde 2).

*Nós precisamos de transporte. Como eu consigo levar a equipe para ofertar o atendimento, por exemplo, domiciliar? Primeiro as questões básicas estruturais para nós pensarmos em ofertar um serviço de qualidade.* (GF Região de Saúde 5).

A falta de insumos, de materiais e de medicamentos, associada a dificuldades na programação das compras e na aquisição, compromete as práticas na APS dependentes desses recursos, com consequências para o alcance de bons resultados no trabalho. Isso aparece reiteradamente em 22 citações e é colocado como fator que compromete a continuidade da assistência à saúde.

*Eu precisei comprar algodão, porque senão a vacina parava e eu tinha na minha cabeça: a ADMC [administração central], o secretário de saúde e o governador, eles sabem que o gerente está comprando algodão para a vacina não parar?* (GF Região de Saúde 6).

*Às vezes outra unidade precisa mais daquele medicamento e não tem acesso e eu às vezes tenho ali e a minha população quase não utiliza aquele*

*medicamento. Mas não tem planejamento para isso.* (GF Região de Saúde 4).

*Outra coisa, a administração pública direta e a forma de compra no DF hoje, prejudica muito, então, a gente tem em plena epidemia de dengue muitas UBS sem estoque de soro, a tenda muitas vezes de soro de reidratação oral, a gente tem monitorado na nossa gerência luvas estéreis a gente tem um desabastecimento crônico com o monitoramento dos pedidos. Não é raro a gente ter que ceder as nossas luvas para os hospitais.* (GF Região de Saúde 7).

## Discussão

Os resultados deste estudo apontam fragilidades importantes relativas à estrutura como componente que influencia diretamente na qualidade da APS no DF, especialmente na gestão do trabalho, na estrutura física das UBS e na organização do cuidado, segundo a percepção dos gestores locais.

Em relação à gestão do trabalho, a preocupação com o desenvolvimento de recursos humanos adequados, disponíveis e qualificados para atender às necessidades de saúde da população, tem sido parte central das agendas mundiais, regionais e nacionais nas últimas décadas, porém, observa-se a persistência da subvalorização do papel dos recursos humanos para a saúde como um fator de mudança social, com a percepção de que constituem um gasto crescente, e não um investimento para melhorar a saúde e gerar desenvolvimento<sup>16</sup>.

As iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos profissionais persistem entre os países e, internamente, entre os níveis de atenção, e entre os setores público e privado. No DF, a situação não é diferente. Os profissionais nem sempre têm o perfil e as competências adequadas ou o enfoque intercultural, tampouco se encontram sempre no lugar e no momento adequados para melhorar a saúde das comunidades a que servem<sup>16</sup>.

O quantitativo insuficiente de profissionais, que no DF está relacionado, sobretudo, aos médicos e ACS, parece ser influenciado por vários aspectos: o número de vagas para a categoria médica não é preenchido nos concursos realizados; a redução do número de ACS por equipe na nova Política Nacional da Atenção Básica; a dificuldade do setor de recursos humanos da SES/DF de estruturar o dimensionamento de pessoal de acordo com o perfil de formação e experiência.

O não incentivo à presença dos ACS nas equipes foi expresso na Política Nacional de Atenção Básica<sup>17</sup> e na Política Distrital<sup>18</sup>, as quais admitem a composição de equipes com número reduzido de ACS (ou mesmo sem eles), indicando um movimento regressivo em relação ao horizonte de transformação do modelo de atenção. O compromisso de uma atenção à saúde orientada pela conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo, responsabilidade sanitária e cuidado centrado na pessoa se fragiliza com essa possibilidade.

O aumento de atividades administrativas pela ausência de trabalhadores para essa função é associado à sobrecarga dos demais, que passam a incluir na rotina o que o estudo de Scherer et al.<sup>19(2265)</sup> chamou de “atividades cronofágicas”, que reduzem o tempo que deveria ser destinado à atenção à saúde dos usuários. A sobrecarga tem sido relatada na literatura, sendo associada a adoecimento, desmotivação para o trabalho, insatisfação; devendo ser levados em consideração também o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de serviço, os afazeres domésticos depois do trabalho formal e o tempo que os trabalhadores pensam no trabalho fora do ambiente laboral<sup>20</sup>.

Políticas que assegurem o recrutamento e a fixação de profissionais com perfil adequado na APS são um desafio global, sobretudo em áreas remotas ou com populações em condições de grande vulnerabilidade. Os participantes desta pesquisa sugerem gratificações vinculadas ao desempenho profissional como uma alternativa ao pagamento pelo simples fato de o profissional

estar lotado na UBS, conforme Política de APS do DF, conhecida como ‘Converte’<sup>9</sup>.

O ‘Converte’ estabeleceu as novas regras de funcionamento e implantação da APS e determinou que, para permanecerem lotados compondo equipes e fazendo jus às gratificações financeiras, os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuavam no modelo tradicional deveriam manifestar seu interesse, passar por processo simplificado de capacitação e, no caso dos médicos, por uma avaliação escrita dos conhecimentos adquiridos<sup>9</sup>.

A avaliação de desempenho dos profissionais, conforme sugerido pelos gestores locais, é tema presente nos debates, bastante polêmicos, que vem associado a uma determinada padronização de condutas ou procedimentos de forma a alcançar determinados objetivos traçados<sup>21</sup>. A padronização é importante, mas tem seus limites, tendo sido sinalizados nos resultados. Padronizar horários e informações aos usuários é diferente de uniformizar condutas clínicas, que variam conforme as singularidades das situações.

A forma como a nova política foi implantada sofreu críticas dos participantes deste estudo no que diz respeito à manutenção de profissionais sem o perfil adequado, trazendo problemas no campo das competências. Entretanto, a pouca valorização da APS no sistema de saúde também é um elemento explicativo trazido pelos gestores locais para o fato de permanecer um contingente de pessoas com baixa capacidade de qualificar o cuidado prestado. Para agir com competência, o trabalhador precisa acionar os saberes conceituais e os saberes da experiência para responder ao que a situação de trabalho exige, que, associados aos valores que ele porta, orientarão as escolhas de como produzir um cuidado eficaz.

A formação e a educação permanente de profissionais da assistência e de gestores locais, direcionadas para os atributos da APS e para as necessidades de saúde da população, são uma questão estratégica. Há fragilidades na realização da EPS, a exemplo da sobrecarga de trabalho e do quadro de pessoal aquém do necessário, da falta de planejamento, da não valorização e inadequação das iniciativas desenvolvidas<sup>1,22</sup>.

Há de se refletir sobre como esses processos educacionais podem ser incorporados no cotidiano dos serviços como aprendizagem na e pelas situações de trabalho, voltados para as reais necessidades, fazendo sentido para os trabalhadores.

Ademais, foram destacadas pelos gestores locais, para a garantia da qualidade da APS, condições de trabalho adequadas, com disponibilidade de insumos, materiais e medicamentos, e estrutura física apropriada, o que contribui para práticas de cuidado seguras<sup>22</sup>.

Em relação à estrutura física das UBS, é consenso que no DF há necessidade de mais investimentos. De acordo com a tipologia de estrutura das UBS do DF, das 157 avaliadas, apenas 3 (1,9%) foram classificadas como Tipo A, ou seja, uma unidade que atende 80% ou mais dos critérios de qualidade de estrutura estabelecidos e que dispõe de condições próximas ou ideais para o funcionamento e fornecimento de ações e serviços de qualidade. Por outro lado, 31,2% das UBS foram classificadas como Tipos D ou E, que atendem menos de 60% dos critérios de qualidade de estrutura<sup>23</sup>.

Adequar a infraestrutura das UBS não é um desafio apenas no DF, é um dos desafios da APS no Brasil. Estruturas físicas adequadas indicam melhores desempenhos em todo o processo de trabalho e, por consequência, nos resultados, sendo que UBS com estrutura precária se tornam uma barreira arquitetônica para o acesso do usuário, sobretudo para as pessoas idosas e com deficiência<sup>24</sup>.

As questões mais fortemente associadas às deficiências estruturais se referem ao número de consultórios, ao estado de conservação, à falta de manutenção e reposição de recursos e à acessibilidade<sup>1,22</sup>.

Segundo diagnóstico de estrutura realizado no DF em 2021, corroborando os achados deste estudo, mais de 40% das UBS possuíam quantidade insuficiente de aparelhos de telefone, rede de telefonia e computadores. Identificou-se baixa disponibilidade de equipamentos e/ou insumos, tais como: aspirador de secreções elétrico móvel (40,9%); desfibrilador externo semiautomático

(23,9%); espaçador para inalador dosimetrado pressurizado (44%); espaçador valvulado adulto (20,8%); incubadora para teste biológico (25,8%); lanterna clínica (34,6%); lavadora ultrassônica (1,9%); reanimador pulmonar adulto (27%); reanimador pulmonar pediátrico (18,9%); seladora automática (28,3%); e termômetro digital infravermelho (40,3%)<sup>25</sup>.

Melhorias na construção, reforma e ampliação de UBS continuam necessárias na APS, mas também uma política complexa e integrada em âmbito nacional e local para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia da informação e comunicação. Contudo, as restrições no financiamento ameaçam gravemente o desenvolvimento de uma política pública racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos<sup>1</sup>.

A territorialização, com definição adequada das áreas de cobertura das equipes, que se apresenta como uma lacuna no DF, é outro aspecto relevante para a organização do cuidado, que possibilita o conhecimento das condições de saúde da população e dos recursos existentes no território, contribui para o planejamento e monitoramento das ações e favorece a intersetorialidade<sup>26</sup>.

Os sistemas de informação utilizados também se mostraram neste estudo como uma questão estrutural que impacta a qualidade dos serviços. Além de os profissionais se depararem com sistemas que não estão conectados entre si, a falta de capacitação para a sua utilização pode influenciar de forma negativa a prestação dos cuidados. Tecnologias da Informação são um mundo de oportunidades que visam melhorar o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. No entanto, a sua eficaz utilização vai muito além da disponibilização e da estrutura, as equipes necessitam de capacitação para operá-las para que percebam essas tecnologias como aliadas da qualidade na APS<sup>27</sup>.

A falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, o desconhecimento sobre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)



e a carência de EPS geram um trabalho caracterizado como solitário devido à ausência de retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado e à baixa responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que compromete a efetividade dos processos de referência e contrarreferência<sup>28</sup>.

Um dos aspectos para o fortalecimento da APS diz respeito à criação de estratégias para incentivar o trabalho colaborativo, integrando-o com os demais níveis do sistema de saúde, com disponibilização de informações clínicas, tanto do sistema público como privado, o que permitiria o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais. A regulação centrada na APS, utilizando protocolos clínicos que permitam a qualificação do processo de referência e contrarreferência, o estabelecimento de apoio matricial – de forma presencial ou a distância –, favorece a integração da APS com o sistema de saúde por dinamizar a comunicação entre equipes, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva na APS<sup>21</sup>.

Mesmo considerando os limites deste estudo, tendo em vista a participação restrita aos gestores locais, destaca-se a sua validade para orientar estratégias de melhoria na estrutura das UBS, requisito essencial para a consolidação do modelo de ESF.

## Considerações finais

Os resultados evidenciaram a existência de estrutura fragilizada na APS do DF influenciando na prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade à população.

Como caminhos possíveis para a melhoria do componente estrutura, consideram-se: a lotação nas UBS, tanto nas equipes assistenciais quanto de gestão, de profissionais com perfil alinhado à APS; as mudanças na forma de gratificação; uma política de EPS adequada às necessidades do trabalho; a integração dos sistemas de informação entre os níveis de atenção; a melhoria da prática de referência e contrarreferência; maior investimento na manutenção e reforma da estrutura física das UBS; e maior organização e eficiência na aquisição e distribuição de materiais e insumos. Tais medidas, que convergem com a literatura existente, poderiam influenciar na melhoria da qualidade dos serviços prestados na APS do DF.

## Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\* contribuiu para concepção, planejamento, coleta, interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Forte E (0000-0002-6042-5006)\* e Abreu BF (0009-0005-3596-9158)\* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Aguiar RS (0000-0003-0335-2194)\*, Santos EM (0000-0003-1474-9111)\* e Xavier MF (0000-0002-1885-9513)\* contribuíram igualmente para interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final. Poças KC (0000-0002-1254-8001)\* contribuiu para coleta e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
2. Gomes MFP, Fraccolli LA, Reticena KO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad saúde colet*. 2021;29(2):179-89. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>
3. 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. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1472-6963-11-272>
4. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na APS. *APS*. 2021;3(2):131-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
5. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
6. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc*. 2011;20(4):935-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>
7. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):406-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>
8. Scherer MDA, Freitas MABF, organizadoras. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2024 jan 10]. 47 p. (Cadernos QualisAPS). Disponível em: <https://qualis-saps.unb.br/files/CadernosQualisAPS-Metodologia-daavaliacaodaAPSDoDistritoFederal2022.pdf>
9. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2031-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
10. 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):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
11. Pires DEP, Vandresen L, Forte ECN, et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180216. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>
12. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília, DF: Liber Livro; 2012. 82 p.
13. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010 [acesso em 2024 jan 30]. p. 38-59. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>
14. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Vol I. Ann Arbor: Health Administration Press.; 1980.
15. Scherer MDA, Soratto J, Trindade LL, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais em hospital universitário. *Saúde debate*. 2021;45(130):603-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113004>
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde: 29ª Conferência Sanitária Pan-americana 69º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas [Internet]. Washington, D.C: OPAS; OMS; 2017. [acesso em 2023 março]

- 20]. Disponível em: [https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy\\_HR\\_CSP29.R15\\_port.pdf](https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf)
17. Ministério da Saúde (BR). 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.
18. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (BR). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 15 fev 2017.
19. Scherer MDA, Conill EM, Jean R, et al. Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. *Ciência saúde coletiva*. 2018;23(7):2265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>
20. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e2500016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
21. Pierantoni CR, França T, Ney MS, et al. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm*. 2011;45(esp):1627-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>
22. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, et al. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2020.4>
23. Fundação Oswaldo Cruz. Tipologia de estrutura das unidades básicas de saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2021.
24. 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. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200005>
25. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Diagnóstico de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à COVID-19: resultados. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2021.
26. Souza GJ, Gomes C, Zanetti VR. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. *Barbarói*. 2020;56:141-63. DOI: <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.14643>
27. Santos TP, Silva M, Oliveira GS, et al. Tecnologia da informação na Atenção Primária à Saúde: desafios e possibilidades. *Temas em Saúde*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.29327/216797.1.1-14>
28. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2023 março 20];21(1):1-8 Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174716-1-pb.pdf>
- 
- Recebido em 15/06/2023  
Aprovado em 25/10/2023  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal através do financiamento do Programa Qualis-APS.
- Editor responsável:** Sandro Rogerio Rodrigues Batista

## Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

### *Structural typology of Primary Health Care Units in the Federal District*

Denise de Lima Costa Furlanetto<sup>1</sup>, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos<sup>1</sup>, Fabrício Vieira Cavalcante<sup>1</sup>, Mayra Fernandes Xavier<sup>1,2</sup>, Adriano de Almeida de Lima<sup>1</sup>, Ricardo Ramos dos Santos<sup>3</sup>, Leonor Maria Pacheco Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28903P

**RESUMO** A tipologia da estrutura é um indicador composto que compreende a estrutura física, a disponibilidade de equipamentos, recursos materiais e humanos, além dos sistemas de informação. Com o objetivo de desenvolver uma tipologia para avaliar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF), construiu-se um instrumento com 43 variáveis, a partir da proposta de tipologia nacional. Entre agosto/2020 e janeiro/2021, coletaram-se dados nas UBS e nos sistemas de informação do DF. Na análise, ponderando as dimensões, gerou-se a classificação nos tipos A, B, C, D e E (A adequada/E insuficiente). Das 165 UBS existentes, 157 forneceram dados completos para avaliação. Três UBS obtiveram classificação Tipo A, máxima, representando 1,9% do total; 53 UBS do Tipo B (33,8%); 52 do Tipo C (33,1%); 30 do Tipo D (19,1%) e 19 do Tipo E (12,1%). Nove UBS apresentaram pontuação muito baixa em 'serviços disponíveis', expondo indisponibilidade de vacinação, teleatendimento, exames, medicamentos e incompletude de equipes. O resultado evidenciou que as UBS do DF necessitam de melhorias estruturais, que, em consonância com as demais ações previstas no Programa Qualis-APS, contribuirá para a melhoria da qualidade da atenção primária no DF e o desenvolvimento do pleno potencial das equipes de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Estrutura de serviços.

**ABSTRACT** *The structure typology is a composite indicator that includes physical structure, availability of equipment, material and human resources, and information systems. A 43-variable instrument based on the proposed national typology was constructed to develop a typology to evaluate the Primary Health Care Units (PHC Units) in the Federal District (FD), Brazil. Data were collected from the PHC Unit and the FD's information systems from August/2020 to January/2021. In the analysis, the dimensions were weighted and classified into types A, B, C, D, and E (A adequate/E insufficient)—one hundred fifty-seven of the 165 existing PHC Units provided complete data for evaluation. Three PHC Units obtained the maximum Type A classification, representing 1.9% of the total; 53 PHC Units were Type B (33.8%), 52 Type C (33.1%), 30 Type D (19.1%), and 19 Type E (12.1%). Nine PHC Units scored very low in 'available services' with unavailable vaccinations, telehealth, tests, and medicines and had incomplete teams. The result showed that the PHC Units in the FD require structural improvements, which, aligned with the other actions provided for in the Qualis-APS Program, will improve PHC quality in the FD and develop the full potential of the health teams.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services research. Service structure.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.  
leopac@unb.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se aprimorado por meio dos diversos processos avaliativos que buscam analisar os seus avanços e desafios como estratégias propulsoras para melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1,2</sup>. Para isso, são utilizadas metodologias fidedignas com crivo científico reconhecidas nacional e internacionalmente para conhecimento do fluxo de trabalho e qualidade da assistência prestada na APS<sup>3</sup>.

No entanto, a APS ainda tem enfrentado importantes desafios<sup>4</sup>, o que leva à necessidade de iniciativas estruturantes, sobretudo da gestão. No Distrito Federal (DF), uma importante estratégia foi a criação do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS), implantado em 2019. Essa proposta tem como objetivo aprimorar os serviços prestados na atenção primária, incluindo, como um de seus eixos, a implementação de uma sistemática de avaliação, por meio de métodos inovadores que utilizam a avaliação participativa para análise do funcionamento, organização e processos de trabalho das equipes de saúde e estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>5</sup>.

A estrutura física, quando disponível de forma a facilitar o acesso aos diversos serviços ofertados em saúde, tem o potencial de proporcionar uma assistência contínua que fortalece os princípios da universalidade, integralidade e equidade em saúde<sup>6</sup>. Ela pode ser compreendida como elementos estáveis dos serviços de saúde, entre eles, os instrumentos, os insumos, os recursos humanos, o contexto físico e gerencial em que ocorrem as ações em saúde<sup>7</sup>.

A partir de dados nacionais de 2012, coletados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Giovanella et al.<sup>8</sup> e Bousquat et al.<sup>9</sup> desenvolveram uma classificação das UBS de acordo com sua estrutura,

denominada ‘tipologia da estrutura das UBS brasileiras’.

A partir dessa referência, de documentos oficiais do Ministério da Saúde para a APS e do contexto local, avaliado por meio do diagnóstico de estrutura das UBS do DF<sup>5</sup>, a tipologia das UBS do DF foi desenvolvida. Suas dimensões, variáveis e pontuações foram amplamente discutidas e analisadas pelos membros da equipe da Universidade de Brasília (UnB), do Programa Qualis-APS e da equipe técnica da Diretoria da ESF da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Desf/SES-DF), para que modificações e inclusões fossem realizadas quando necessário, para chegar a uma classificação que estivesse alinhada com a realidade do DF. Entre os documentos norteadores da tipologia de estrutura das UBS proposta, estão: Nota Técnica nº 5, que traz informações sobre a tipologia das UBS<sup>8</sup>; Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017<sup>10</sup>, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal; Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018<sup>11</sup>, que trata da estruturação e do funcionamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018<sup>12</sup>, que aborda o processo de transição das equipes de atenção básica, além de dados secundários de Monitoramento da Atenção Básica da SES-DF, fornecidos pela Desf/SES-DF, além de dados primários do Programa Qualis-APS obtidos a partir da avaliação de diagnóstico de estrutura das UBS do DF, nos anos de 2020 e 2021.

Quando se trata da estrutura de UBS, é importante ressaltar que a tipologia é composta de elementos que vão além da estrutura física, incluindo desde a disponibilidade de equipamentos até os componentes de tecnologia e informação. Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo apresentar uma proposta de tipologia para as UBS do DF que possibilite distingui-las a partir de suas condições de estrutura.

## Material e métodos

### Desenho do estudo e coleta de dados

Trata-se de estudo descritivo, de avaliação da tipologia das UBS do DF, desenvolvida em coprodução com a equipe de gestão local da APS. Foi prevista para ser censitária e, portanto, aplicada em todas as 165 UBS existentes. Inicialmente, o Programa Qualis-APS previa a coleta de dados *in loco*, porém, após a decretação das medidas de isolamento social para conter a covid-19, em março de 2020, adaptou-se a estratégia de coleta para on-line. As informações foram coletadas por meio de dois instrumentos desenvolvidos especialmente para esse fim: roteiro de entrevista telefônica e questionário de autoperenchimento. Foram aplicados por uma equipe de 12 assistentes de pesquisa da UnB do Qualis-APS, devidamente treinados, entre agosto de 2020 e janeiro de 2021. Os respondentes participantes da pesquisa eram membros das equipes de Saúde da Família (eSF) e Gerentes de Serviços de Atenção Primária à Saúde (GSAP). Todos responderam após ler e assinar (virtualmente) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram também utilizados alguns dados administrativos fornecidos pela DESF/SES-DF referentes ao mês de outubro de 2020.

### Adaptação dos instrumentos da tipologia da estrutura às UBS do DF

A tipologia da estrutura das UBS brasileiras conta com cinco dimensões: tipos de equipe, elenco de profissionais, turnos disponíveis, serviços disponíveis e infraestrutura. Essa última dimensão abrange três subdimensões: estrutura física e equipamentos, insumos e equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Cada dimensão é avaliada a partir de variáveis que agregam pontuação a ela, e que foram selecionadas a partir de alguns pressupostos, quais sejam: 1) relevância para a observação da dimensão; 2) capacidade de discriminação das UBS por meio da observação

da variável; 3) potencial de ser um marcador do que se pretende medir.

Ressalta-se a importante contribuição das autoras do estudo norteador<sup>8,9</sup>, Giovanella e Bousquat, por meio de uma reunião de videoconferência, as quais participaram de discussão detalhada dos parâmetros e das análises, realizada pela equipe de pesquisadores da UnB, do Programa Qualis-APS.

Para a adaptação da tipologia da estrutura das UBS brasileiras à realidade do DF, considerou-se que a dimensão ‘turnos disponíveis’ não deveria ser incluída, uma vez que sua referência e variáveis não eram capazes de discriminar as UBS do DF. Isso acontece em razão de as UBS do DF, em sua totalidade, funcionarem em pelo menos dois turnos e cinco dias na semana. Ainda em relação às dimensões, decidiu-se que as subdimensões ‘estrutura física e equipamentos’, ‘insumos’ e ‘equipamentos de TIC’ seriam avaliadas enquanto dimensões, mas a dimensão ‘infraestrutura’ daria lugar às três subdimensões que a compunham. Isso ocorreu durante a etapa de avaliação estatística por meio da Análise Fatorial (AF), proposta pelas autoras do estudo norteador. Essa etapa é responsável por determinar o peso que cada dimensão terá no instrumento; quando realizada com os dados referentes às UBS do DF, resultou que as três subdimensões que compunham a dimensão ‘infraestrutura’ contribuíam com um peso baixo no conjunto da tipologia, o que foi considerado indesejável.

Para a decisão de quais variáveis seriam mantidas, excluídas ou agregadas, a partir do estudo norteador, foi desenvolvido um processo coletivo, que contou com a *expertise* dos membros da equipe de pesquisadores, técnicos da Desf/SES-DF e com consulta de dados primários da pesquisa de diagnóstico de estrutura das UBS do DF, os quais indicaram a relevância e a capacidade de discriminação das UBS por meio das variáveis, da contribuição das autoras da pesquisa norteadora e de consulta a normativas nacionais e do DF.

Para a versão final da tipologia de estrutura das UBS do DF, das 25 variáveis que compõem



a tipologia da estrutura das UBS brasileiras<sup>8,9</sup>, 11 foram mantidas, 4 foram adaptadas e 7 foram excluídas; 16 novas variáveis foram incluídas na dimensão ‘tipos de equipe’, 2 que foram adaptadas da tipologia da estrutura das UBS brasileiras foram incorporadas a estas; 1 variável foi incluída em ‘elenco de profissionais’, 2 em ‘serviços disponíveis’, 17 em ‘estrutura física’, 5 em ‘insumos’ e 1 em ‘equipamentos de TIC’.

Ao final das adaptações, a tipologia de estrutura das UBS do DF ficou composta por seis dimensões: tipos de equipes, elenco de profissionais, serviços disponíveis, estrutura física, insumos e equipamentos de TIC. Para cada dimensão, foi estabelecida uma referência que descreve as características desejáveis para que as UBS sejam classificadas como excelentes naquele quesito. A partir das referências, foram elencadas as variáveis de avaliação de cada dimensão, e estabelecidos os critérios de pontuação. A definição dos critérios de pontuação ocorreu pela análise da relevância da variável dentro da dimensão e pelo grau de cumprimento dos elementos descritos na referência.

### **Métodos estatísticos utilizados na análise de dados da tipologia**

As etapas da determinação do score final da tipologia de estrutura são elencadas em: Determinação da pontuação das variáveis da tipologia; Pontuação das dimensões; Padronização da pontuação das dimensões da tipologia; Cálculo do peso de cada dimensão dentro da tipologia de estrutura; Cálculo do score final das UBS segundo a tipologia de estrutura; Ajuste do score final da tipologia de estrutura de acordo com o número de eSF na UBS. Na sequência, apresenta-se a descrição detalhada para cada uma destas seis etapas.

#### **DETERMINAÇÃO DA PONTUAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA TIPOLOGIA, DE TRÊS FORMAS**

a) Direta: para esse tipo de variável, está discriminada apenas a pontuação máxima da

variável, que é a que deve ser dada quando a UBS cumpre com a descrição da variável. No caso do não cumprimento da descrição da variável, a pontuação deve ser zero. Exemplo: no caso da variável ‘vacinação’, oferecer o serviço de vacinação confere a pontuação descrita (2 pontos), e a não oferta da vacinação deve ser pontuada como ‘0’.

b) Gradativa: esse tipo de variável apresenta múltiplas descrições e pontuações, que são graduais, iniciando-se em zero e indo até a nota máxima para a variável em questão. Nesses casos, deve ser escolhida apenas uma descrição que corresponda à realidade da UBS e considerada sua pontuação. Exemplo: a variável ‘dispensação/entrega de medicamentos’ é um exemplo de variável gradativa. De acordo com a realidade da UBS, deve ser escolhida uma das opções. Suponha-se que na UBS X haja entrega de medicamentos, porém, não de psicotrópicos; nesse caso, a pontuação da variável deve ser ‘1’.

c) Somatória: nesse tipo de variável, as múltiplas descrições e respectivas pontuações devem ser somadas para compor a pontuação final da variável. Cada descrição da variável deve ser avaliada individualmente tendo em conta o cumprimento ou não da descrição. Nesse momento, deve ser dada a pontuação ‘0’ para o não cumprimento da descrição da variável ou a pontuação discriminada para o cumprimento. Após a avaliação individual de cada descrição da variável, as pontuações devem ser somadas para compor a pontuação final da variável. A tipologia de estrutura exibe apenas duas dessas variáveis (‘local adequado para usuário sintomático respiratório’ e ‘sinalização’). Exemplo: para pontuar a variável ‘sinalização’, deve-se, inicialmente, observar o cumprimento ou não de cada uma das descrições da variável e atribuir a pontuação equivalente e, ao final, somar as pontuações individuais. Dessa forma, se a UBS Y possuir sinalização do seu horário de funcionamento (0,25 pontos) e da escala de profissionais (0,25 pontos), mas não possuir a listagem dos serviços oferecidos (0 pontos) e dos contatos



da UBS (0 pontos), a pontuação final da UBS Y na variável ‘sinalização’ será 0,5.

### PONTUAÇÃO DAS DIMENSÕES

Cada dimensão possui um ou mais tipos de variáveis segundo a forma de sua pontuação e uma maneira particular de cálculo da pontuação da dimensão. Na sequência, é apresentada a forma de calcular a pontuação das dimensões a partir da determinação da pontuação de suas variáveis:

**Tipos de equipes:** deve ser pontuada elegendo-se uma entre as variáveis descritas, exceto a variável ‘equipe de consultório na rua’, que agrega pontuação adicional. Assim, uma UBS pode contar com todas as suas eSF com apoio da equipe de Saúde Bucal (eSB) e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50% e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF e, portanto, pontuar 8 pontos nessa dimensão. Contudo, se também contar com equipe de consultório na rua, será somado mais 0,5 ponto, totalizando 8,5 pontos, que é o valor máximo para a dimensão.

**Elenco de profissionais:** cada variável dessa dimensão possui pontuação gradativa. Uma das opções entre as disponíveis para cada variável deve ser selecionada, de acordo com os critérios estabelecidos, e as pontuações das variáveis devem ser somadas para a obtenção da pontuação final na dimensão. A pontuação máxima nessa dimensão é de 12 pontos.

**Serviços disponíveis:** há duas formas de pontuação, a depender da variável em questão. Para aquelas que pontuam de forma direta, a seleção se dá a partir do critério de cumprimento ou não da variável. Para as variáveis que possuem forma de pontuação gradativa,

deve-se selecionar uma das opções. Após a pontuação das variáveis, elas devem ser somadas, sendo o valor máximo da dimensão igual a 7,5 pontos.

**Estrutura física:** além das variáveis de pontuação gradativa e direta, há duas variáveis em que os componentes da pontuação devem ser somados para gerar a pontuação final da variável, configurando a pontuação somatória. Para as variáveis ‘local adequado para usuário sintomático respiratório’ e ‘sinalização’, há mais de um componente a ser analisado para a pontuação da variável; eles podem ocorrer simultaneamente e, portanto, terem suas pontuações somadas. Nessas duas variáveis, a pontuação varia de 0 a 1 ponto. Após cada variável da dimensão ser pontuada individualmente, elas devem ser somadas, sendo a pontuação máxima da dimensão de 20 pontos.

**Insumos:** as variáveis podem ser do tipo de pontuação gradativa, quando a pontuação deve ser estabelecida elegendo-se apenas uma das opções, e diretas, em que deve ser observado o cumprimento ou não da descrição da variável. Ao final, os pontos devem ser somados, podendo chegar ao limite máximo de 7 pontos.

**Equipamentos de TIC:** possui variáveis de pontuação gradativa e direta. Os pontos das variáveis devem ser somados, sendo o valor máximo da pontuação da dimensão de 4 pontos.

### PADRONIZAÇÃO DA PONTUAÇÃO DAS DIMENSÕES DA TIPOLOGIA

Para permitir a comparabilidade entre as dimensões, a pontuação de cada dimensão foi padronizada para a escala 0-1 a partir da seguinte fórmula:

Figura 1. Equação para determinação do escore final da tipologia da estrutura das UBS

$$\text{Peso1 (0,155)} * \text{Escore}_{\text{TipodeEquipe pad}} + \text{Peso2 (0,179)} * \text{Escore}_{\text{ElencodeProf pad}} + \text{Peso3 (0,226)} * \text{Escore}_{\text{Serviços pad}} + \text{Peso4 (0,187)} * \text{Escore}_{\text{Est.fisica pad}} + \text{Peso5 (0,175)} * \text{Escore}_{\text{insumos pad}} + \text{Peso6 (0,078)} * \text{Escore}_{\text{TIC pad}} = \text{Tipologia da UBS}$$

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 1* apresenta as fórmulas utilizadas em cada uma das dimensões para a padronização da escala 0-1, assim como os pesos de cada dimensão dentro da tipologia de estrutura.

#### CÁLCULO DO PESO DE CADA DIMENSÃO DENTRO DA TIPOLOGIA DE ESTRUTURA

Para definir o peso que cada dimensão teria na nota final da tipologia, foi empregado um

teste estatístico denominado AF. Para essa análise, foram utilizadas as notas obtidas pelas UBS em cada dimensão, já com a pontuação padronizada para uma na escala de 0-1. Os coeficientes das cargas fatoriais de cada dimensão determinaram o peso que cada uma delas teria, tendo em vista sua representatividade no conjunto de dimensões avaliadas.

Tabela 1. Cálculo para padronização das pontuações e pesos das dimensões da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal segundo análise fatorial. Brasília, 2020/2021

N	Dimensão	Cálculo	Carga fatorial	Peso
1	Tipo de equipe*	Pontuação da UBS na dimensão/8	0,492	0,155
2	Elenco de profissionais	Pontuação da UBS na dimensão /12	0,566	0,179
3	Serviços disponíveis	Pontuação da UBS na dimensão /7,5	0,717	0,226
4	Estrutura física	Pontuação da UBS na dimensão /20	0,592	0,187
5	Insumos	Pontuação da UBS na dimensão /7	0,553	0,175
6	Equipamentos de TIC	Pontuação da UBS na dimensão /4	0,247	0,078
<b>Total</b>			<b>3,103</b>	<b>3,167</b>

Fonte: elaboração própria.

\* Apesar de a pontuação máxima da dimensão 'tipos de equipes' ser 8,5 devido à possibilidade de ser acrescentado 0,5 pontos pela presença de equipes de consultório na rua, para o cálculo de padronização das dimensões, foi considerado o valor máximo de 8,0 pontos. Isso ocorreu pelo entendimento de que nem todas as UBS possuem perfil para a presença de tais equipes e que, portanto, o ponto deveria ser, de fato, adicional, não prejudicando as demais UBS que não possuem equipe de consultório na rua. Por esse motivo, para a dimensão 'tipos de equipes', há a possibilidade de uma pontuação padronizada de até 1,0625 pontos, o que difere das demais dimensões que têm pontuação máxima igual a 1.

#### CÁLCULO DO ESCORE FINAL DAS UBS SEGUNDO A TIPOLOGIA DE ESTRUTURA

Esse cálculo visa ajustar as pontuações das dimensões de acordo com o peso calculado para cada uma delas e somar os pontos das dimensões ajustadas. O resultado desse cálculo apresenta uma pontuação que varia de 0 a 1, sendo 0 a nota mínima e 1 a nota máxima, que representa o cumprimento de todas as variáveis descritas.

#### AJUSTE DO ESCORE FINAL DA TIPOLOGIA DE ESTRUTURA DE ACORDO COM O NÚMERO DE ESF NA UBS

Após ter sido determinado o escore final das UBS, foi realizado um ajuste de acordo com o número de eSF presente nas UBS. Assim, as UBS que possuíam até 4 eSF mantiveram seu escore final inalterado; UBS com 5 a 7 eSF tiveram seu escore final reduzido em 5%; e UBS com mais de 7 eSF tiveram seu escore final reduzido em 10%. Esse ajuste foi realizado a

fim de garantir que UBS grandes que possuíssem uma ampla gama de oferta de serviços, o que gerou uma melhor pontuação segundo a tipologia de estrutura, não alcançassem uma classificação que não represente a realidade.

Essa preocupação ocorre porque, apesar de a oferta de serviços ser primordial como componente da estrutura das UBS – quando os espaços que permitem essa oferta, como sala de vacina e coleta de exames, por exemplo, são divididos entre muitas equipes –, a qualidade da oferta dos serviços pode ser reduzida. Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>13</sup> recomenda que as UBS tenham até

quatro eSF cada, e as diretrizes da Coordenação de Atenção Primária à Saúde do DF direcionam a construção de UBS com até sete eSF cada, justificando a redução da pontuação das UBS com uma maior quantidade de eSF.

### Versão final da tipologia de estrutura das UBS do DF

Após os ajustes, os valores da tipologia são apresentados no *quadro 1*, em que estão descritas as dimensões da tipologia de estrutura, suas referências, variáveis e pontuações.

Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Crítérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
<b>Dimensão: Tipos de Equipes</b>					
UBS com todas as Equipes de Saúde da Família (eSF) com apoio das equipes de Saúde Bucal (eSB) e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50% e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF <sup>a</sup>  Nota: a - Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15 [acesso em 2023 jul 10]; Edição 33; Seção 1:4. Disponível em: <a href="https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cd-d9ee00521/ses_prt_77_2017.html">https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cd-d9ee00521/ses_prt_77_2017.html</a>	100% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	8,0	Média de 2.000 a 4.000 usuários cadastrados por eSF. Considerando que cada eSB apoia até 2 eSF	Direta	8,5
	≥ 75% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	7,0			
	≥ 50% das eSF com apoio eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	6,0			
	< 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre 50 e 100% do limite máximo previsto em normativa específica do DF	4,0			
	100% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	6,0			
	≥ 75% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	5,0			
	≥ 50% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	4,0			

Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Crítérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
	< 50% das eSF com apoio da eSB ou do Nasf-AB e com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	3,0			
	100% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	6,0			
	≥ 75% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	5,0			
	≥ 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	4,0			
	< 50% das eSF com apoio da eSB e do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	2,0			
	Todas as eSF sem apoio da eSB e sem apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS entre o limite 50 e 100% previsto em normativa específica do DF	2,0			
	Todas as eSF sem apoio da eSB e com o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	2,0			
	Todas as eSF com o apoio da eSB ou o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	2,0			
	Todas as eSF sem apoio da eSB e sem o apoio do Nasf-AB, com número médio de usuários cadastrados no e-SUS fora do limite máximo previsto em normativa específica do DF	1,0			
	UBS com Equipe de Consultório na Rua	0,5	Ponto adicional		

Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Critérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
<b>Dimensão: Elenco de Profissionais</b>					
<p>Quantidade de trabalhador de cada categoria por eSF, eSB e Nasf-AB, conforme normativa do DF<sup>a,b</sup></p> <p>Nota: b - Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho [Internet]. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2018 maio 28 [acesso em 2023 jul 10]; Seção I:3. Disponível em: <a href="https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7147ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.htm">https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7147ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.htm</a></p>	Médico	2,0	100% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente)	Gradativa	12
		1,5	≥ 50% e < 100% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente)		
		1,0	< 50% da eSF com 1 médico 40h (ou equivalente)		
		0,0	Sem médico na UBS		
	Enfermeiro	2,0	100% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente)		
		1,5	≥ 50% e < 100% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente)		
		1,0	< 50% da eSF com 1 enfermeiro 40h (ou equivalente)		
		0,0	Sem enfermeiro na UBS		
	Cirurgião-dentista	1,0	100% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente)		
		0,75	≥ 50% e < 100% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente)		
		0,5	< 50% da eSB com 1 cirurgião-dentista 40h (ou equivalente)		
		0,0	Sem cirurgião-dentista na UBS		
	Técnico ou auxiliar de enfermagem	2,0	100% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou equivalente)		
		1,5	≥ 50% e < 100% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou equivalente)		
		1,0	< 50% da eSF com 2 técnicos de enfermagem 40h (ou equivalente)		
		0,0	Sem técnico de enfermagem na UBS		
Técnico ou auxiliar de saúde bucal	1,0	100% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou equivalente)			
	0,75	≥ 50% e < 100% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou equivalente)			
	0,5	< 50% da eSB com 1 técnico de saúde bucal 40h (ou equivalente)			
	0,0	Sem técnico de saúde bucal na UBS			
ACS	2,0	6 ou + ACS por eSF			
	1,75	5 a < 6 ACS por eSF			

Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Crítérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
		1,5	4 a < 5 ACS por eSF		
		1,0	3 a < 4 ACS por eSF		
		0,75	2 a < 3 ACS por eSF		
		0,5	1 e < 2 ACS por eSF		
		0,25	> 0 e < 1 ACS por eSF		
		0,0	Sem ACS na UBS		
	Equipe Nasf-AB de referência	2,0	Equipe Nasf-AB completa (5 categorias profissionais e soma da carga horária semanal dos profissionais = 200h semanais)		
		1,0	Equipe Nasf-AB com soma da carga horária dos profissionais > 200 horas semanais e pelo menos 5 categorias profissionais		
		0,5	Nasf-AB de transição (3 categorias profissionais e soma de carga horária semanal $\geq$ 120 e < 200)		
		0,0	Sem Nasf-AB na UBS		
<b>Dimensão: Serviços Disponíveis</b>					
Disponibiliza os quatro serviços	Dispensação/entrega de medicamentos	3,0	Entrega/dispensação de medicamentos incluindo psicotrópicos	Gradativa	7,5
		1,0	Entrega/ dispensação de medicamentos sem psicotrópicos		
		0,0	Sem dispensação/ entrega de medicamentos		
	Teleatendimento	0,5	Oferece o serviço	Direta	
	Vacinação	2,0	Oferece o serviço		
	Coleta laboratorial	2,0	Oferece o serviço		
<b>Dimensão: Estrutura Física</b>					
Unidade Básica de Saúde possui instalações e sinalização adequadas e disponibilidade e manutenção de equipamentos	Situação do imóvel: próprio, cedido ou comodato	1,0	Conforme descrição da variável	Direta	20
	Estrutura para lixo contaminado	1,0	Possui		
	Balança infantil	0,5	Possui		
	Balança para adulto	0,5	Possui		
	Régua antropométrica infantil	0,5	Possui		
	Régua antropométrica para adulto	0,5	Possui		
	Esfigmomanômetro	1,0	Possui esfigmomanômetro adulto manual ou digital		
	Sala de acolhimento	1,0	Possui		
	Sala de curativo	1,0	Possui		
	Sala de medicamento	1,0	Possui		
	Sala de vacina	1,0	Possui		
	Inalador dosimetrado	1,0	Possui espaçador para inalador dosimetrado pressurizado		

Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Crítérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
	Glicosímetro	1,0	Possui tiras reagentes de medidas de glicemia capilar		
	Equipe eSF por UBS	3,0	Até 4 eSF na UBS	Grada-tiva	
		2,0	De 5 a 7 eSF na UBS		
		0,0	Maior que 7 eSF na UBS		
	Consultórios por eSF	2,0	1,5 ou mais consultório por equipe		
		1,0	< 1,5 e ≥ 1 consultório por equipe		
		0,0	< 1 consultório por equipe		
	Manutenção de cadeira odontológica	1,0	Todas as cadeiras odontológicas funcionando ou se houve alguma manutenção nos últimos 3 meses		
		0,0	Presença de cadeira odontológica sem uso e ausência de manutenção nos últimos 3 meses		
	Farmácia	1,0	Tem farmácia		
		0,5	Dispensário sem farmacêutico presente na UBS		
		0,0	Sem dispensação/entrega de medicamentos		
	Local adequado para Usuário Sintomático Respiratório (USR)	0,5	UBS possui consultório exclusivo para USR	Soma-tória	
		0,5	UBS possui local interno ou externo para espera do atendimento do USR		
	Sinalização	0,25	Sinalização do horário de funcionamento da UBS		
		0,25	Sinalização da listagem dos serviços oferecidos		
		0,25	Sinalização da escala dos profissionais da UBS		
		0,25	Sinalização dos contatos da UBS		
<b>Dimensão: Insumos</b>					
Disponibilidade permanente de insumos básicos e ausência de dificuldade de abastecimento ou monitoramento de EPIs ou medicamentos	Vacina tríplice viral + varicela/pentavalente	2,0	Sempre disponíveis: vacinas tríplice viral + varicela + pentavalente	Grada-tiva	7
		1,0	Sempre disponíveis: vacinas tríplice viral + varicela		
		0,5	Pelo menos 1 das vacinas disponível		
		0,0	Nenhuma das vacinas disponíveis		
Carrinho de emergência		1,0	Carrinho de emergência completo		
		0,5	Carrinho de emergência incompleto		
		0,0	Sem carrinho de emergência		



Quadro 1. Relação das dimensões, suas referências, variáveis e critérios de pontuações da tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Brasília 2020/2021

Referências	Variáveis	Pts	Crítérios	Forma de Pontuação	Pontuação Máxima
	O2 (fixo ou para transporte)	1,0	Possui sempre disponível	Direta	
	Sabão ou sabonete líquido	1,0	Possui sempre disponível		
	Abastecimento e monitoramento do estoque estratégico de medicamentos	1,0	Sem dificuldade		
<b>Dimensão: Equipamentos de Tecnologia da Informação (TIC)</b>					
Disponibilidade de computador com acesso à internet Telefone com linha ativa sempre disponível	Computador	1,5	Em quantidade suficiente para as equipes	Gradativa	4
		0,75	Em quantidade insuficiente para as equipes		
		0,0	Sem computador		
	Acesso à internet	1,5	Internet satisfatória		
		0,75	Internet não satisfatória		
		0,0	Internet inexistente		
	Aparelho telefônico com linha	1,0	Possui	Direta	

Fonte: elaboração própria.

## Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), em março de 2020 (Parecer nº 3.937.242, CAAE nº 29640120.6.0000.0030).

## Classificação conceitual da tipologia de estrutura das UBS do DF

A partir dos escores finais das UBS, foram criadas categorias de acordo com o percentual de alcance no cumprimento dos critérios de qualidade de estrutura estabelecidos. Para essa divisão, foi utilizado o cálculo de quintis, que apontou para uma faixa superior acima da pontuação de 0,8 (ou 80%) e uma faixa média de 0,1 (ou 10%) entre as demais 4 faixas.

Dessa forma, as UBS puderam ser classificadas de acordo com os tipos A, B, C, D ou E, sendo as UBS do tipo A aquelas com melhor estrutura, e as do tipo E, com maiores

fragilidades estruturais. A classificação, segundo o escore final das UBS, ocorreu da seguinte forma: UBS Tipo A:  $\geq 0,80$  a 1,00; UBS Tipo B:  $\geq 0,70$  e  $< 0,80$ ; UBS Tipo C:  $\geq 0,60$  e  $< 0,70$ ; UBS Tipo D:  $\geq 0,50$  e  $< 0,60$  e UBS Tipo E:  $< 0,50$ . Vale ressaltar que, para gerar a classificação final das UBS nos tipos estabelecidos, após a determinação de sua pontuação, foi realizado um arredondamento para duas casas decimais.

A partir do score final, a descrição das UBS, conforme sua classificação, ocorreu da seguinte forma:

UBS Tipo A: atende 80% ou mais dos critérios de qualidade de estrutura e dispõe de condições próximas ou ideais para o funcionamento e fornecimento de ações e serviços de APS de qualidade.

UBS Tipo B: atende de 70% a menos de 80% dos critérios de qualidade de estrutura, apresentando bom funcionamento, mas ainda necessita de investimento para a melhoria de suas instalações e/ou aumento dos insumos disponíveis para alcançar a referência.

UBS Tipo C: atende de 60% a menos de 70% dos critérios de qualidade de estrutura, com estrutura mínima e/ou ações oferecidas reduzidas para a oferta de serviços à população.

UBS Tipo D: atende de 50% a menos de 60% dos critérios de qualidade de estrutura, e apresenta condições insuficientes de estrutura. Necessita de importantes intervenções para que corresponda a uma APS com o mínimo para o funcionamento.

UBS Tipo E: atende 50% ou menos dos critérios de qualidade de estrutura, demonstrando graves falhas estruturais que influenciam negativamente na capacidade de ação das eSF.

Vale ressaltar que, para gerar a classificação final da UBS nos tipos estabelecidos, após a determinação de sua pontuação, foi realizado um arredondamento para duas casas decimais.

## Resultados e discussão

Das 165 UBS incluídas no diagnóstico de estrutura das UBS do DF, 157 possuíam os dados necessários para sua classificação. As perdas amostrais ocorreram em virtude de 6 UBS não terem concluído a participação no prazo estabelecido para o diagnóstico de estrutura e em razão de 2 UBS terem sido fechadas no intervalo de tempo entre a realização da pesquisa de diagnóstico de estrutura e a avaliação por meio da tipologia de estrutura.

Cada uma das 157 UBS do DF incluídas na avaliação foi classificada de acordo com a tipologia de estrutura do DF, em Tipos A, B, C, D ou E. Essa classificação foi utilizada em conjunto com a avaliação dos padrões de qualidade das eSF (ação realizada no âmbito do Programa Qualis-APS) para a elaboração de planos de ação para a melhoria da qualidade da APS, que compõem o Programa Qualis-APS. Entre as UBS avaliadas para a tipologia, três apresentaram a classificação máxima (Tipo A), o que representou 1,9% do total. As UBS classificadas como do Tipo B representaram 33,8% do total (n = 53); as do Tipo C, 33,1% (n = 52); as do Tipo D, 19,1% (n = 30); e as do Tipo E, 12,1% (n = 19). A *tabela 2* apresenta a classificação das UBS do DF segundo a tipologia

de estrutura, os escores finais das UBS e as notas padronizadas por dimensões.

Na *tabela 3*, pode-se observar, pelas médias e pelo Desvio-Padrão (DP) das dimensões distribuídas entre os tipos de UBS, que as maiores pontuações das UBS se encontraram na dimensão ‘estrutura física’, cuja média foi de  $0,78 \pm 0,09$ , seguida da dimensão ‘equipamentos de TIC’, que teve uma média de pontuação de  $0,70 \pm 0,21$ . A dimensão que, no conjunto de todas as UBS avaliadas, apresentou as menores pontuações foi ‘tipos de equipe’, cuja média das pontuações foi de  $0,58 \pm 0,29$ , seguida pela dimensão ‘serviços disponíveis’, que obteve média de  $0,61 \pm 0,32$ .

Os resultados obtidos demonstraram que as dimensões ‘serviços disponíveis’ e a infraestrutura das Unidades (composta pelas dimensões estrutura física, insumos e equipamentos de TIC) foram determinantes para a classificação final das UBS, à medida que se mostraram diretamente relacionadas com o *score* obtido em cada uma dessas dimensões. A carteira de serviços é essencial para a ordenação dos cuidados oferecidos pela APS, pois ela subsidia o planejamento da infraestrutura, dos insumos, dos equipamentos e da equipe profissional para que ocorra a prestação de serviços à população<sup>15</sup>. Assim, espera-se que uma UBS com maior oferta de serviço obtenha melhor classificação em sua tipologia, o que ocorreu no presente estudo.

A infraestrutura da UBS é essencial para a qualidade do cuidado prestado à população. Quando há inadequação do espaço físico ou insuficiência de recursos para execução da carteira de serviços, há prejuízo direto na qualidade do cuidado e, possivelmente, insatisfação dos profissionais de saúde e da população com os serviços prestados. Devido à abrangência do cuidado preconizado pela eSF, é necessário que a UBS tenha condições mínimas para atender o indivíduo, a família e a comunidade<sup>16</sup>. As UBS com menor *score* em infraestrutura foram as que obtiveram as tipologias D e E. Dessa forma, é necessário que haja um equilíbrio entre a carteira de serviços e a infraestrutura da UBS, pois essas duas dimensões são interdependentes e foram determinantes para a tipologia das UBS do DF.

Tabela 2. Distribuição dos tipos das 157 Unidades Básicas de Saúde avaliadas, por Região de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2020/2021

RA / Tipo		A	B	C	D	E	Total
Central	n	1	5	3			<b>9</b>
	%	0.64%	3.18%	1.91%	0.00%	0.00%	<b>5.73%</b>
Centro-Sul	n		7	4	3	4	<b>18</b>
	%	0.00%	4.46%	2.55%	1.91%	2.55%	<b>11.46%</b>
Leste	n		5	9	8	2	<b>24</b>
	%	0.00%	3.18%	5.73%	54.10%	1.27%	<b>15.29%</b>
Norte	n		13	12	9	1	<b>35</b>
	%	0.00%	8.28%	7.64%	5.73%	0.64%	<b>22.29%</b>
Oeste	n		7	10	8	2	<b>27</b>
	%	0.00%	4.46%	6.37%	5.10%	1.27%	<b>17.20%</b>
Sudoeste	n	2	9	6	1	8	<b>26</b>
	%	1.27%	5.73%	3.82%	0.64%	5.10%	<b>16.56%</b>
Sul	n		7	8	1	2	<b>18</b>
	%	0.00%	4.46%	5.10%	0.64%	1.27%	<b>11.46%</b>
Distrito Federal	n	3	53	5ao2	30	19	<b>157</b>
	%	1.91%	33.75%	33.12%	19.11%	12.10%	<b>100.00%</b>

Fonte: elaboração própria.

n = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Tabela 3. Média (x) e desvio-padrão (s) das pontuações das Unidades Básicas de Saúde por dimensão, segundo classificação na tipologia de estrutura. Brasília 2020/2021

Classificação		Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D	Tipo E	Total
<b>N</b>		<b>3</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>157</b>
Tipos de Equipe	x	0,92	0,74	0,58	0,39	0,39	<b>0,58</b>
	s	0,14	0,17	0,30	0,28	0,23	<b>0,29</b>
Elenco de Profissionais	x	0,72	0,73	0,64	0,59	0,55	<b>0,65</b>
	s	0,06	0,06	0,15	0,08	0,12	<b>0,13</b>
Serviços Disponíveis	x	0,98	0,86	0,62	0,45	0,10	<b>0,61</b>
	s	0,04	0,16	0,26	0,21	0,14	<b>0,32</b>
Estrutura Física	x	0,85	0,82	0,79	0,75	0,69	<b>0,78</b>
	s	0,07	0,08	0,08	0,07	0,11	<b>0,09</b>
Insumos	x	0,83	0,72	0,63	0,55	0,47	<b>0,63</b>
	s	0,11	0,13	0,18	0,17	0,19	<b>0,18</b>
Equipamentos de TIC	x	0,69	0,73	0,73	0,70	0,54	<b>0,70</b>
	s	0,11	0,19	0,20	0,17	0,28	<b>0,21</b>

Fonte: elaboração própria.

Quando se observam as pontuações nas dimensões por tipos de UBS, evidencia-se que, para as UBS classificadas como do Tipo A, a dimensão ‘serviços disponíveis’ foi a que apresentou as maiores notas em média (0,98), sendo ‘elenco de profissionais’ e ‘equipamentos de TIC’ as que exibiram as pontuações médias mais baixas (0,72 e 0,69 respectivamente). As UBS do Tipo B, assim como as do Tipo A, tiveram a dimensão ‘serviços disponíveis’ com as maiores notas em média (0,86); a dimensão ‘insumos’ foi a que apresentou a menor pontuação média (0,72). As UBS do Tipo C foram as que demonstraram pontuações médias mais próximas da média geral, com as maiores notas nas dimensões ‘estrutura física’ (0,79) e ‘equipamentos de TIC’ (0,73), e as menores nas dimensões ‘tipos de equipe’ (0,58) e ‘serviços disponíveis’ (0,62). As UBS do tipo D apresentaram a dimensão ‘tipos de equipe’ como a mais crítica de acordo com a média das pontuações (0,39); ‘serviços disponíveis’ e ‘insumos’ também devem ser vistos como prioritários na medida em que obtiveram uma pontuação média de 0,55 ou menos. As UBS do tipo E exibiram pontuações médias baixas em todas as dimensões, exceto ‘estrutura física’ (0,69), que, comparada às demais classificações, foi a que recebeu menor pontuação nessa dimensão, com destaque para a dimensão ‘serviços disponíveis’, que apresentou a menor média de pontuação (0,10).

As principais características que determinaram as UBS com classificação do Tipo A foram o fato de possuírem excelente disponibilidade de serviços, ofertarem vacinação, coleta de exames e entrega/dispensação de medicamentos, incluindo psicotrópicos, e 66,7% realizavam teleatendimento. Todas as eSF recebiam o apoio do Nasf-AB e da eSB, e o cadastro de usuário estava de acordo com o recomendado em normativa para 66,7% das UBS. Possuíam uma estrutura física muito boa, com todas as edificações próprias; a proporção de consultórios por eSF era adequada, e possuíam estrutura para lixo contaminado, manutenção de cadeiras odontológicas,

farmácia, salas de acolhimento, de curativo e de medicamento. O abastecimento de insumos é muito bom apesar da dificuldade constatada em 33,3% das UBS para o abastecimento de medicamentos. Apesar de apresentarem, em média, um bom elenco de profissionais, 66,7% das UBS não contavam com pelo menos 1 médico em regime de 40 horas semanais por eSF e nenhuma possuía pelo menos 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por eSF. Apenas 33,3% das eSB possuíam 1 Cirurgião-Dentista (CD) em tempo integral e 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB) em média. Em apenas 33,3% das UBS havia equipe Nasf-AB completas.

Já nas UBS do Tipo D, apesar de demonstrarem boa estrutura física, com mais de 90% das UBS contando com sala de acolhimento, curativo e medicamentos, em 40% dos casos, o imóvel era alugado. Metade das Unidades possuía farmácia, e a sala de vacina estava presente em apenas 20% delas; a sinalização adequada ocorria em apenas 6,7% das UBS. A presença de equipamentos de TIC é boa, 83,3% das UBS contavam com internet satisfatória, 60%, com computadores para as equipes; porém 26,7% possuíam telefone com linha. O elenco de profissionais era regular, especialmente devido à ausência de UBS contando com o apoio da equipe Nasf-AB para todas as suas eSF por ocasião da coleta; apenas 26,7% das UBS possuíam todas suas eSB com 1 CD em regime de 40 horas semanais ou equivalente, e 33,3%, 1 TSB. No entanto, 100% das eSF contavam com enfermeiro; 73,3% das UBS possuíam em todas as eSF 2 técnicos de enfermagem; 60% com médico 40 horas semanais ou equivalente; e 16,7% com 4 ou mais ACS em média.

Em relação aos serviços ofertados, 83,3% das UBS ofereciam vacinação; 56,7%, teleatendimento; 33,3%, coleta de exames; e nenhuma, a entrega/dispensação de medicamentos, incluindo psicotrópicos, o que pode ser considerado desempenho ruim para a dimensão ‘serviços disponíveis’. A presença de equipes multiprofissionais e a adequação do cadastro de usuários são ruins: apenas 40% das UBS

contavam com 100% de cobertura das eSF pela eSB; 36,7%, do Nasf-AB; e o cadastro de um número adequado de usuários por eSF ocorreu em 36,7% das UBS.

Os principais pontos que caracterizaram as UBS do Tipo E incluem estrutura física regular, sem nenhuma UBS com farmácia. O elenco de profissionais era regular, com importantes lacunas em relação ao apoio pelo Nasf-AB e presença de eSB. Quanto às eSF, 84,2% das UBS contavam com enfermeiro em todas as eSF; 68,4%, com 2 técnicos de enfermagem; e 63,2%, com 1 médico de 40 horas semanais em média. Nenhuma UBS contava com 4 ACS ou mais por eSF. Apenas 31,6% e 26,3%, respectivamente, apresentavam todas as suas eSF apoiadas pela eSB e Nasf-AB, o que, em média, apontava para um desempenho ruim para a dimensão ‘tipos de equipe’. A oferta de serviços foi considerada também muito ruim devido às baixas porcentagens de UBS que possuíam teleatendimento (36,8%) e vacinação (15,8%) e à ausência de UBS com coleta de exames ou entrega/dispensação de medicamentos.

Após a aplicação dos critérios da tipologia, apenas 3 UBS foram classificadas como do Tipo A (1,9%), e cerca de um terço delas foi classificada como dos Tipos D ou E (31,2%), o que aponta para uma ampla margem de ações que a ser realizadas para que as UBS do DF apresentem melhorias em suas condições estruturais.

A dimensão ‘serviços disponíveis’ apresentou papel importante na classificação das UBS em Tipos A e B, uma vez que foi a dimensão com a melhor nota média para essas UBS. A dimensão ‘estrutura física’, apesar de ter recebido as melhores notas em média para todas as UBS do DF, exibe lacunas relativamente simples de resolver, a exemplo de sinalização adequada para orientação do usuário, verificada em apenas 12,1% das UBS.

Foi considerada como padrão de referência para a dimensão ‘tipos de equipes’ a presença, na UBS, de eSF que contassem com uma eSB e uma equipe Nasf-AB apoiando-as, assim como uma população cadastrada entre 2.500

e 4 mil usuários, acompanhando as normativas locais (Portaria nº 77/2017<sup>10</sup>). De 1998 a 2016, as equipes Nasf-AB, financiadas pelo Ministério da Saúde, chegaram a cobrir 64,2% da população brasileira<sup>17</sup>; no entanto, com as novas regras de financiamento propostas em 2019<sup>18</sup>, quando essas equipes deixaram de receber financiamento federal, houve um prejuízo na continuidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar da APS<sup>19</sup>.

No DF, em cumprimento à portaria nº 489/2018<sup>11</sup>, houve manutenção das equipes Nasf-AB mesmo após o desfinanciamento federal. No entanto, estudo realizado em 2021 apontava que apenas 36,4% do território possuía cobertura do Nasf-AB<sup>20</sup>. Esses dados se refletiram nos resultados encontrados para a tipologia de estrutura, devido às baixas notas médias das UBS para a dimensão ‘tipos de equipes’. Com a conversão do modelo da atenção primária do DF para a ESF em 2017 (Portaria nº 77<sup>10</sup>), a cobertura populacional pelas equipes trabalhando nesse modelo passou de 28% para 69% em dois anos<sup>21</sup>.

Um ponto que requer atenção é o subdimensionamento das eSF, devido à quantidade inferior de trabalhadores ou até mesmo falta de algum deles. Tal situação gera acúmulo de atividades para os membros da equipe, e isso pode repercutir na qualidade dos serviços<sup>22</sup>. Portanto, é necessário que as eSF sejam plenamente consistidas por trabalhadores qualificados e dedicados exclusivamente à ESF<sup>2</sup>. De 2021 a 2022, houve aumento superior a 12% no número de atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiros atuando na APS do DF<sup>23</sup>.

Se, por um lado, tem ocorrido aumento da cobertura da APS no DF após a Portaria nº 77<sup>10</sup>, por outro, a baixa cobertura de ACS faz com que muitas vezes as melhorias não sejam percebidas pelos usuários. Na dimensão ‘elenco de profissionais’, independentemente da classificação recebida na tipologia da UBS, percebeu-se a demanda para investimento em recursos humanos nas diversas carreiras da APS, sobretudo ACS, profissional com papel

essencial para qualificar a APS do DF, dada a natureza do modelo estabelecido.

Pesquisa realizada pela Companhia de Planejamento do DF (Codeplan) concluiu que a percepção que o usuário tem do sistema público de saúde está diretamente ligado às visitas domiciliares que recebem em sua casa: quem foi visitado usa mais o serviço, tem uma melhor relação com o ACS e avalia melhor o serviço prestado<sup>23</sup>. Pesquisa de Furlanetto et al.<sup>24</sup> corrobora esse achado, demonstrando que a satisfação do usuário foi maior para aqueles que haviam recebido visita domiciliar.

Uma das fragilidades do estudo foi a coleta on-line, após a decretação das medidas de isolamento social para conter a covid-19. A tipologia proposta no estudo circunscreve-se à realidade ao DF, o que, pelo prisma da validade interna, é uma fortaleza. Ademais, a baixa validade externa pode ser considerada como uma fragilidade.

## Considerações finais

Para a construção do referencial do que seria considerado uma estrutura de UBS de qualidade e que permitiria que as equipes desenvolvessem suas atribuições, foi considerada como padrão a eSF completa, com uma quantidade suficiente de ACS, assim como a presença da eSB e equipe Nasf-AB de referência. Também foram incluídos como parâmetros: uma quantidade de cadastros por equipe de acordo com as normativas locais, a oferta de serviços básicos, a presença de equipamentos e insumos próprios da APS, uma estrutura física compatível com a quantidade de equipes da UBS, assim como equipamentos de informação e comunicação presentes e funcionantes.

A tipologia de estrutura das UBS do DF demonstra sua diversidade, bem como aponta para quais aspectos da estrutura dos serviços os recursos e esforços podem ser direcionados para que esses não sejam um limitante do desenvolvimento do pleno potencial da APS.

Ao apresentar parâmetros bem definidos e pautados pela realidade das UBS do DF, a tipologia de estrutura do DF possui o potencial de identificar características das Unidades, além de diferenças estruturais entre as regiões de saúde, e com isso subsidiar o direcionamento de recursos e ações aos aspectos estruturais que se apresentem mais frágeis no momento. A classificação das UBS de acordo com suas características de estrutura aponta as UBS que necessitam de melhorias estruturais de forma prioritária, sendo um importante instrumento de gestão pública, o que, em consonância com autoavaliação, apoio institucional e planos de ações realizados pelas equipes, previstos no Programa Qualis-APS, contribuirá sobremaneira para a melhoria da qualidade da APS no DF.

Por fim, é de extrema relevância destacar que investimentos do porte do apresentado neste estudo demonstram o reconhecimento da APS com política estruturante para a organização do modelo de saúde vigente, o que deveria se tornar prática comum nos municípios brasileiros. Espera-se, portanto, contribuir no sentido de inspirar a inserção da APS como pauta prioritária tanto nas agendas de pesquisa quanto da gestão.

## Colaboradores

Furlanetto DLC (0000-0002-5703-7520)\*, Santos WEBGD (0000-0001-5705-936X)\*, Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)\*, Xavier MF (0000-0002-1885-9513)\*, Santos RR (0000-0003-1202-3579)\* e Santos LMP (0000-0002-6739-6260)\* contribuíram para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Lima AA (0000-0002-4125-6980)\* contribuiu para análise, interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## 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 [acesso em 2023 maio 14]. Disponível em: [https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/Relatorio\\_Proadess\\_08-10-2012.pdf](https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf)
2. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
3. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(156):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
4. Andrade LOM, Barreto I, Coelho LCDAC, et al. Estratégia Saúde da Família e o SUS. *Epidemiol Saúde Medbook*. 2013;31(7):601-21.
5. Furlanetto DLC, Santos W, Scherer MDA, et al. Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? *Saúde debate*. 2022;46(134):630-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403P>
6. Kringos DS, Boerma GW, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11(81):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-81>
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
8. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, et al. Novos caminhos: nota técnica 5/2015 - Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras [Internet]. [sem local]: Região e Redes; 2015 [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05-2v.pdf>
9. 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):e00037316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
10. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2017 fev 15 [acesso em 2023 jul 10]; Edição 33; Seção 1:4. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses\\_prt\\_77\\_2017.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html)
11. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho [Internet]. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2018 maio 28 [acesso em 2023 jul 10]; Seção I:3. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria\\_489\\_24\\_05\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html)
12. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018. Disciplina o processo de transição das equipes Nasf-AB do Distrito Federal. [Internet]. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2018 maio 28 [acesso em 2023 jul 10]; Seção I:6. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/Portaria\\_496\\_25\\_05\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/Portaria_496_25_05_2018.html)
13. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF*. 2017 set 22 [acesso em 2023 jul 10]; Seção 1:68. Disponível em: [https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/PNAB\\_portaria\\_2436-setembro\\_2017.pdf](https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2019/01/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf)



14. Cunha CRH, Harzheim E, Medeiros OL, et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1313-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31862019>
15. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogit Enferm*. 2017;22(2):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.51283>
16. Moretti PGS, Fedosse E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioter Pesqui*. 2016;23(3):241-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14662023032016>
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o PB, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 nov 13 [acesso em 2023 jul 10]; Seção 1:97. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)
18. Paulino KC, Silva FC, Barros APM, et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *Braz J Develop*. 2021;7(1):5362-72. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-363>
19. Virginio JPA. Cobertura do núcleo ampliado de saúde da família e sua relação com índice de vulnerabilidade social no Distrito Federal [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2019. 20 p.
20. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2031-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
21. Damascena DM, Vale PRLF. Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico. *Trab educ saúde*. 2020;18(3):e00273104. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>
22. Infosaúde-DF: Portal de Informações e Transparência de Saúde do DF [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [acesso em 2023 set 4]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br>
23. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa de Satisfação da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal - Nota Técnica [Internet]. Distrito Federal: Codeplan; 2018 [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Pesquisa-de-Satisfa%C3%A7%C3%A3o-da-Estrat%C3%A9gia-de-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia-no-DF.pdf>
24. Furlanetto DLC, Lima, AA, Pedrosa CM, et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(5):1851-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>

---

Recebido em 25/09/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal através do Programa Qualis-APS

Editor responsável: Sandro Rogerio Rodrigues Batista



## Utilização dos relatórios do e-SUS da Atenção Primária à Saúde na rotina de trabalho de equipes de Saúde da Família

*Use of e-SUS reports for Primary Health Care in the work routine of Family Health teams*

Taciana Silveira Passos<sup>1</sup>, Tiago Machado de Alencar<sup>1</sup>, Alessandra Page Brito<sup>1</sup>, Ayrton Martins Pereira Sena<sup>1</sup>, Débora Bleza Santos<sup>1</sup>, Agilran Araújo Barreto<sup>2</sup>, Lídia Glasielle de Oliveira Silva<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28917P

**RESUMO** Objetivou-se analisar a utilização dos relatórios do e-SUS da Atenção Primária à Saúde (APS) na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) do Distrito Federal (DF). Estudo descritivo de dados provenientes da Avaliação *in loco* e Plano de Ação para a Qualidade do 1º ciclo avaliativo do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, entre 2021 e 2022. Incluíram-se todas 607 equipes. Associações entre as Regiões de Saúde foram identificadas mediante testes Qui-quadrado,  $p$ -valor  $< 0,05$ . Para quantificar problemas e ações, utilizaram-se técnicas de Mineração de Dados. A maioria das eSF do DF negaram o uso de qualquer relatório do e-SUS APS em sua rotina de trabalho (53,23%). Os relatórios que as eSF mais utilizaram foram os de produção (54,43%), e menos, os de gerenciais (31,60%). As regiões com maior proporção de uso foram Centro-Sul (73,67%), e com menor, Sudoeste (34,56%),  $p < 0,0001$ . Alguns dos principais problemas descritos foram intrínsecos ao e-SUS APS (erros, falhas, instabilidade do sistema e falta de unificação) e outros foram relativos a questões extrínsecas (desconhecimento, inconsistência e falta de registro). As equipes listaram em seus Planos de Ação, prioritariamente, as capacitações para uso correto do sistema de informação.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistemas de informação. Registros eletrônicos de saúde. Políticas de eSaúde. Pesquisa em sistemas de saúde pública. Planejamento em saúde.

**ABSTRACT** *The objective was to analyze the use of e-SUS Primary Health Care reports in the work routine of Family Health teams (eSF) in the Federal District (DF). This is a descriptive study of data from the on-site Assessment and Quality Action Plan of the 1st evaluation cycle of the Primary Health Care Qualification Program, between 2021 and 2022. All 607 teams were included. Associations between Health Regions were identified using Chi-square tests,  $p$ -value  $< 0.05$ . To quantify problems and actions, Data Mining techniques were used. The majority of eSFs in the DF denied using any e-SUS APS report in their work routine (53.23%). The reports that the eSF used most were production reports (54.43%), and management reports the least (31.60%). The regions with the highest proportion of use were Central-South (73.67%), and with the lowest, Southwest (34.56%),  $p < 0.0001$ . Some of the main problems described were intrinsic to e-SUS APS (errors, failures, system instability and lack of unification) and others were related to extrinsic issues (lack of knowledge, inconsistency and lack of registration). The teams listed in their Action Plans, as a priority, the training for correct use of the information system.*

**KEYWORDS** *Information systems. Electronic health records. eHealth policies. Health planning. Public health systems research.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
taciana.passos@unb.br

<sup>2</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

O aumento da população mundial em conjunto com a crescente expectativa de tratamentos eficazes e melhor qualidade de vida estão pressionando cada vez mais os sistemas de saúde. Desse modo, a saúde continua sendo um dos mais importantes desafios sociais e econômicos em todo o mundo, exigindo novas e mais avançadas soluções de ciência e tecnologia<sup>1,2</sup>. Em resposta a tais necessidades, desde o início da década de 1990, muito se tem investido em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), visando ao impacto positivo no acesso, na eficiência e na qualidade de praticamente qualquer processo relacionado com a saúde<sup>3</sup>.

A análise da situação de saúde pela Atenção Primária à Saúde (APS) tem sua importância garantida no ciclo do planejamento e na programação em saúde, pois permite a identificação, a descrição, a priorização e a explicação dos problemas de saúde da população, com o objetivo de identificar as necessidades sociais e determinar prioridades de ação<sup>4</sup>. Nesse sentido, os Sistemas de Informação em Saúde tornam-se importantes recursos para realizar essa análise situacional, a fim de subsidiar a identificação da condição sanitária e da situação epidemiológica do território para tomada de decisão da gestão, bem como estabelecer prioridades no planejamento de atuação das equipes de saúde.

Em 2013, o então Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde implantou a Estratégia e-SUS APS, com a intenção de reestruturar as informações da APS em nível nacional, disponibilizando prontuário eletrônico para utilização das equipes de saúde. A Estratégia e-SUS APS refere-se a um processo informatizado e qualificado para o alcance de um Sistema Único de Saúde (SUS) eletrônico, que operacionaliza o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Atualmente, existem dois sistemas em forma de *softwares* para coleta dos dados: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)<sup>5-8</sup>.

Enquanto o CDS é capaz apenas de captar dados consolidados de atendimentos, o PEC possibilita a construção de um banco de dados, com as informações sociodemográficas e clínicas de cada paciente, que são armazenadas no sistema durante o atendimento ao cidadão, oportunizando o seu acompanhamento longitudinal. Além de ser inseridos no banco de dados nacional, Sisab, esses dados de atendimentos retroalimentam o e-SUS local, permitindo a geração de diversos tipos de relatórios acerca da população adscrita. Os vários tipos de relatórios podem ser utilizados por diferentes atores e são agrupados no PEC em quatro categorias: gerenciais, consolidados, operacionais e de produção<sup>7</sup>.

É fundamental que as equipes de saúde planejem suas ações em relação às necessidades locais, o que se traduz na análise situacional. Os relatórios, que são elaborados com base nos dados de atendimento e cadastro da população adscrita, são importantes ferramentas para guiar esse planejamento. A melhoria na qualidade da oferta do cuidado é resultado desse alinhamento estratégico, que envolve o uso eficiente dos recursos e a otimização dos processos<sup>4</sup>.

Ademais, o e-SUS APS pretende promover a redução da dependência de papéis e diminuir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na APS, permitindo que essa coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade separada. Consequentemente, ele também deve ter as informações disponíveis de forma fácil e acessível para os profissionais da APS, permitindo ampliar a cultura do uso da informação, de forma mais integrada possível, para o planejamento das ações e a qualificação do cuidado à saúde da população<sup>9</sup>.

No entanto, esse sistema compreende-se como uma das complexas readequações dos processos de trabalho, pois passa a ser mais um instrumento utilizado diariamente pelos profissionais de saúde. Além disso, existem aspectos técnicos que dificultam a incorporação

dessa tecnologia, como o acesso à internet e a queda do próprio sistema<sup>10,11</sup>.

Em virtude do Termo de cooperação do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Distrito Federal (DF) tem o papel de município-piloto para a execução rotineira de processos de homologação (testes) das novidades e melhorias das novas versões do e-SUS, para assim, serem atualizadas no ambiente de produção dos serviços de saúde da APS nas demais localidades do País. Dessa forma, no DF, tem-se um espaço privilegiado e desafiador aos gestores e trabalhadores da saúde, ao ter o primeiro acesso no País às respectivas novidades e recursos das versões lançadas pelo laboratório desenvolvedor.

Os objetivos do artigo foram analisar a utilização dos relatórios do e-SUS APS na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) do DF, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS) segundo o DF e as Regiões de Saúde (RS) (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul), além de avaliar os problemas e ações relacionados com o tema descritos no Plano de Ação para a Qualidade (PAQ) das eSF.

## Material e métodos

### Desenho do estudo e cenário

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista de dados provenientes do primeiro ciclo avaliativo do Programa Qualis-APS, coletados entre setembro de 2021 e novembro de 2022. Implantado em 2019 e regulamentado pela Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023<sup>12</sup>, o Qualis-APS visa à qualificação da gestão e dos serviços prestados pela APS do DF, articulando ações de avaliação, de capacitação e da certificação de equipes de saúde.

A gestão da saúde no DF é descentralizada em sete Superintendências da RS que se agrupam conforme as 35 Regiões

Administrativas (RA). As RS com as suas respectivas RA são: Central (Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Lago Norte, Lago Sul, Varjão e Vila Planalto); Centro-Sul (Candangolândia, Cidade Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento); Leste (Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardins Mangueiral e Jardim Botânico); Norte (Planaltina, Arapoanga, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal); Sudoeste (Águas Claras, Arniqueira, Água Quente, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires); Oeste (Ceilândia, Brazlândia e Sol Nascente/Pôr do Sol); Sul (Gama e Santa Maria)<sup>13</sup>.

No que diz respeito à estrutura e organização das ações e serviços da APS do DF, na esfera da gestão regional de saúde, assim, tendo em vista as melhorias, o reordenamento e o planejamento na infraestrutura, no processo de trabalho e nos resultados, tem-se a composição de sete Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (Diraps), com apoio e articulação de 100 Gerências de Serviços da Atenção Primária (GSAP), sendo distribuídas pelos territórios de abrangência da APS, nas quais estão lotados os gestores locais das unidades de saúde.

Para tanto, conforme os números de agosto de 2023, do controle interno da Coordenação de Atenção Primária à Saúde (Coaps), nas ações e serviços da atenção primária do DF, tem-se a seguinte estrutura: 175 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 622 eSF; 355 equipes de Saúde Bucal (eSB); 12 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); 11 equipes Complementares Psicossociais de Atenção Primária Prisional; 5 equipes de Consultório na Rua (eCR); e 52 equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti).

Segundo o relatório de cadastros vinculados, da competência de julho de 2023, no Sisab do Ministério da Saúde, atualmente o DF possui um quantitativo de 2.130.921 cidadãos acompanhados nas ações e serviços de saúde da APS. Ademais, no que concerne à cobertura

populacional estimada pelas eSF, em consonância com o último registro para o período de abril de 2023, no Sistema Estratégico de Planejamento (SESPlan) da rede SES-DF, encontra-se o percentual de 66,29% de cobertura do indicador.

## Participantes

Foram incluídas todas as eSF do DF constituídas em período anterior ao início do primeiro ciclo avaliativo, um total de 607 equipes de saúde. As equipes que foram constituídas logo após esse intervalo de tempo não foram incluídas no processo avaliativo, isso devido à impossibilidade de participação desde a Autoavaliação – na primeira fase do ciclo avaliativo do Qualis-APS.

## SISTEMÁTICA DE COLETA DE DADOS

O processo de avaliação do Qualis-APS é organizado em ciclos compostos por quatro fases: I – Autoavaliação (AA); II – Elaboração e execução do Plano de Ação para Qualidade (PAQ); III – Avaliação *in loco*; IV – Certificação<sup>12</sup>.

Na primeira etapa, as equipes respondem à Autoavaliação dentro da Plataforma Qualis-APS, que se trata de um processo reflexivo e formativo das equipes que tem como característica a verificação do cumprimento do conjunto de padrões de qualidade construídos. Posteriormente, entre os padrões avaliados com menores índices, as equipes selecionam os que julgam ser mais relevantes e elaboram um plano de ação estipulando prazos de cumprimento na fase do PAQ. Essa fase deve ser compreendida como um momento oportuno de continuidade das reflexões já iniciadas na AA. Em seguida, entrevistadores externos à SES/DF realizam visita presencial em cada UBS para a Avaliação *in loco*, em datas previamente agendadas para aplicação de questionários quantitativos sobre aspectos relacionados com a qualidade da APS. Por fim, as equipes são certificadas de acordo com um *ranking* de melhores pontuações.

Para o presente estudo, inicialmente, utilizou-se um recorte das questões contidas na Avaliação *in loco* relacionadas com o uso do relatório e-SUS pelas eSF. Posteriormente, utilizou-se o banco de problemas e ações relacionados com o e-SUS elencados no PAQ.

## AVALIAÇÃO IN LOCO

Foram realizadas entrevistas, entre os meses de julho e outubro de 2022, com uso de instrumento ‘Módulo eSF’. Esse módulo proporciona a análise da atuação das equipes e a identificação de potencialidades e fragilidades do processo de trabalho na assistência à saúde. Ainda que a avaliação do Qualis-APS tenha caráter participativo e de coprodução, a coleta de dados da terceira fase avaliativa – Avaliação *in loco* – é realizada por avaliadores externos à Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sob a coordenação da equipe de pesquisadores, em datas previamente definidas. Os entrevistadores foram selecionados e treinados sistematicamente, e um pré-teste foi aplicado no mês anterior ao início das coletas. As questões levantadas, principalmente relacionadas com clareza e adequação da linguagem, foram modificadas. Os dados foram coletados por meio do *software* REDCap instalado em *tablets*. O módulo eSF foi respondido por um representante de cada equipe.

Entre os subtópicos que estruturam o módulo eSF, para o presente estudo, utilizou-se apenas o item que correspondia ao uso dos relatórios na rotina de trabalho das eSF denominado ‘Planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela equipe’. Perguntou-se sobre a utilização dos quatro tipos de relatórios gerados no e-SUS<sup>7</sup>:

- Relatórios consolidados: são os relatórios que permitem uma visualização da situação cadastral consolidada, de acordo com a data selecionada, permitindo ao usuário ver a informação mais atual até aquele momento.

- **Relatórios de produção:** são os relatórios que permitem uma visualização agregada das informações, tais como: o atendimento individual, odontológico, domiciliar (SAD), atividade coletiva, procedimentos, entre outros, bem como relatórios de resumo de produção.
- **Relatórios operacionais:** são os relatórios que apresentam as informações individualizadas e identificadas da situação de saúde dos cidadãos do território. Esses relatórios são acessados apenas pelos trabalhadores das UBS, pois trazem dados relativos ao cuidado individual do cidadão.
- **Relatórios gerenciais:** apresenta informações específicas e essenciais sobre o funcionamento da Unidade de Saúde, como absenteísmo e número de atendimentos, observando dados gerados durante os fluxos presentes no cotidiano do serviço.

Para cada tipo de relatório (produção, consolidado, operacional e gerencial), questionou-se o uso para as seguintes finalidades: planejamento da oferta de serviços; acompanhamento dos indivíduos e famílias; divisão territorial com outras equipes; mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população; mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades; avaliação dos indicadores pactuados no Acordo de Gestão Local (AGL), que é uma forma de contratualização, no âmbito da gestão por desempenho, adotada na SES-DF. O AGL integra o programa de gestão regional da saúde da SES-DF, institucionalizado pelo Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016. Quadrimestralmente, são divulgados os principais resultados dos AGL, que medem o desempenho das ações no âmbito da APS. Ao todo, são dez indicadores e respectivas metas monitoradas.

#### PLANO DE AÇÃO PARA A QUALIDADE (PAQ)

Após análise da frequência de uso dos relatórios e-SUS na rotina de trabalho das equipes

de acordo com as respostas do Módulo eSF da Avaliação *in loco*, procurou-se identificar os problemas enfrentados pelas equipes para o efetivo uso do e-SUS através do PAQ.

Antes da Avaliação *in loco*, as equipes se autoavaliaram e escolheram padrões de qualidade que não estavam sendo cumpridos em sua totalidade para elaboração de um plano de ação. Para elaboração do PAQ, a ferramenta de planejamento utilizada é uma adaptação da matriz denominada 5W2H publicada no *site* do Programa Qualis-APS. As equipes desenvolvem um Plano de Ação com ao menos quatro dos 45 padrões de qualidade autoavaliados. Os padrões de qualidade para as equipes de saúde são organizados em dimensões (ações no território, atenção ao usuário, organização do trabalho e planejamento) e suas respectivas subdimensões.

Extraiu-se a planilha no Microsoft Excel® com as respostas do PAQ de todas as equipes de saúde por meio da plataforma Qualis-APS. Utilizando-se do recurso da ferramenta de busca, identificou-se o quantitativo de equipes que elencaram problemas e ações relacionados com os relatórios do e-SUS APS e, posteriormente, realizou-se análise do conteúdo.

#### Análise de dados

Os dados da Avaliação *in loco* foram extraídos do REDCap, tabulados no Microsoft Excel® (versão 16) e analisados no *software* de linguagem R. Os resultados provenientes do Módulo eSF da Avaliação *in loco* foram sumarizados em frequência absoluta e relativa (%) de cada pergunta categórica segundo o DF e das sete RS (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul). Foram aplicadas técnicas estatísticas adequadas para avaliar a relação entre a utilização de relatórios de produção, consolidados, operacionais e gerenciais com as RS do DF.

Para identificar a presença de associação entre as RS e o uso dos relatórios de produção, consolidados, operacionais e gerenciais, foram realizados testes de Qui-quadrado de

Independência de Variáveis. Considerou-se um nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, ou seja, estabelecendo em 5% a probabilidade de rejeitar a hipótese nula ( $H_0$ ) sendo ela verdadeira; rejeitou-se a hipótese de independência entre as variáveis se o p-valor for inferior a 0,05.

Para análise dos problemas e ações provenientes dos Planos de Ações elaborados pelas equipes, utilizou-se a Análise de Conteúdo com técnica de mineração de dados. Realizou-se a mineração de dados por meio de uma avaliação quantitativa de elementos textuais. Foram utilizadas técnicas de extração e análise padrões nos dados textuais mediante uma abordagem estatística dos termos mais frequentes e foram criadas categorias que representam padrões de classificação, ou seja, agregados textuais. Os casos que foram transcritos, como exemplo de aplicação dos agregados textuais encontrados, foram identificados pela sigla 'eSF' seguida da numeração de participação no estudo.

Também foram avaliadas as associações entre palavras ou termos, ou seja, relações sintagmáticas e paradigmáticas respectivamente. Foram eliminadas as chamadas 'stop words', ou seja, as palavras que não têm relevância para o conteúdo (por exemplo, e, o). Filtros foram usados para detectar e contar palavras frequentemente usadas em todos os textos. A ponderação entre as palavras principais foi apresentada na forma de nuvem de palavras (*wordcloud*).

## Aspectos éticos

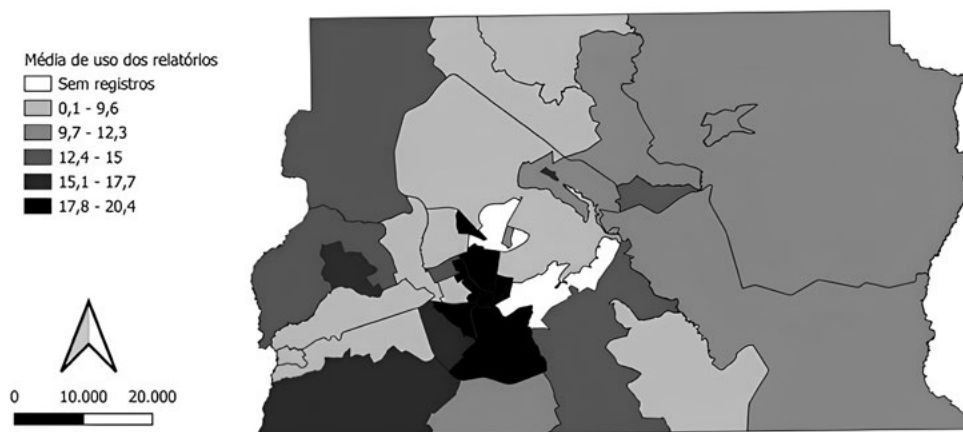
Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE nº 29640120.6.0000.0030; parecer nº 5.396.127).

## Resultados

De forma geral, entre as 603 eSF participantes do DF, 53,23% negaram o uso dos relatórios em sua rotina de trabalho. A *figura 1* ilustra a distribuição espacial do uso dos relatórios por RA. A média da distribuição de uso dos relatórios por RA foram classificadas por estratos: 0,1 a 9,6 (Vicente Pires, São Sebastião, Samambaia, Fercal, Recanto das Emas, Água Quente/Recanto das Emas, Plano Piloto, Sobradinho II, Taguatinga e Arniqueira); 9,7 a 12,3 (Cruzeiro, Planaltina, Arapoanga, Paranoá, Lago Norte, Santa Maria e Sobradinho); 12,4 a 15 (Ceilândia, Jardim Botânico, Itapoã, Brazlândia e Águas Claras); 15,1 a 17,7 (Gama, Varjão, Riacho Fundo II, Sol Nascente e Pôr do Sol); 17,8 a 20,4 (Park Way, SCIA/Estrutural, Guará, Riacho Fundo I, Candangolândia e Núcleo Bandeirante). As regiões em branco não têm registro porque não possuem UBS em seu território e são atendidas nas RA vizinhas.



Figura 1. Mapa de distribuição do uso dos relatórios do e-SUS APS na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família por região administrativa (Qualis-APS – Avaliação *in loco* – 1º Ciclo), 2022



Fonte: elaboração própria.

Nota: as regiões administrativas sem registros são atendidas por UBS de regiões vizinhas.

Ao realizar a associação entre o uso dos relatórios por RS, nota-se que todos os resultados dos testes estatísticos apresentaram p-valor inferior ao nível de significância de 5%. Isso ocorreu devido à grande discrepância entre os percentuais para algumas regiões, conforme apresentado nas tabelas e destacado nos parágrafos subsequentes.

A *tabela 1* apresenta os dados por RS. A região Centro-Sul exibiu a maior proporção

de uso dos relatórios (73,67%), enquanto as regiões Sudoeste (34,56%) e Central (38,88%) tiveram a menor proporção. Entre os quatro tipos de relatórios existentes, os que as eSF mais utilizaram foram os de Produção (54,43%); em sequência, os Consolidados (57,19%); e com menor proporção, os relatórios Operacionais (45,42%) e Gerenciais (31,60%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Uso dos relatórios provenientes do e-SUS APS na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (Qualis-APS – Avaliação *in loco* – 1º Ciclo), 2022

Tipo de Relatório		Região de Saúde						Sul	Distrito Federal	p-valor
		Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudeste			
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Relatórios de Produção	Não	142 (57,72)	75 (16,97)	214 (52,71)	294 (50,53)	239 (41,49)	536 (55,95)	146 (36,32)	1646 (45,57)	<0,0001
	Sim	104 (42,28)	367 (83,03)	192 (47,29)	28 (49,48)	337 (58,51)	422 (44,05)	256 (63,68)	1966 (54,43)	
Relatórios Consolidados	Não	135 (54,88)	62 (13,96)	191 (46,93)	271 (46,56)	227 (39,55)	530 (55,27)	131 (32,59)	1547 (42,81)	<0,0001
	Sim	111 (45,12)	382 (86,04)	216 (53,07)	311 (53,44)	347 (60,45)	429 (44,73)	271 (67,41)	2067 (57,19)	
Relatórios Operacionais	Não	171 (62,41)	98 (20,55)	267 (58,68)	390 (59,82)	298 (47,30)	758 (70,51)	201 (46,00)	2183 (54,58)	<0,0001
	Sim	103 (37,59)	3790 (79,45)	188 (41,32)	262 (40,18)	332 (52,70)	317 (29,49)	236 (54,00)	1817 (45,42)	

Tabela 1. Uso dos relatórios provenientes do e-SUS APS na rotina de trabalho das equipes de Saúde da Família, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (Qualis-APS – Avaliação *in loco* – 1º Ciclo), 2022

Tipo de Relatório		Região de Saúde							Distrito Federal	p-valor
		Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul		
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Relatórios Gerenciais	Não	187 (68,50)	250 (52,19)	300 (73,17)	490 (75,38)	386 (61,27)	836 (77,91)	255 (58,22)	2704 (68,40)	<0,0001
	Sim	86 (31,50)	229 (47,81)	110 (26,83)	160 (24,62)	244 (38,73)	237 (22,09)	183 (41,78)	1249 (31,60)	
Todos os Tipos	Não	635 (61,12)	485 (26,33)	972 (57,93)	1445 (58,60)	1150 (47,72)	2660 (65,44)	733 (43,66)	8080 (53,23)	<0,0001
	Sim	404 (38,88)	1357 (73,67)	706 (42,07)	1021 (41,40)	1260 (52,28)	1405 (34,56)	946 (56,34)	7099 (46,77)	

Fonte: elaboração própria (2023).

As distribuições do uso de cada tipo de relatório por RS tiveram diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). A região Centro-Sul também apresentou a maior proporção de uso de cada tipo de relatório na rotina de trabalho das eSF, seguido da região Sul, enquanto a região Central teve menor proporção de uso dos relatórios de Produção (42,28%), e a região Sudoeste, menor proporção no uso dos relatórios Consolidados (44,73%), Operacionais (29,49%) e Gerenciais (22,09%) (tabela 1).

Na tabela 2, verificam-se os resultados de uso dos relatórios de acordo com cada ação para o planejamento e organização do serviço, estratificado por RS do DF. A ação que as eSF mais aproveitaram dos relatórios de Produção e Consolidados foi a avaliação dos indicadores pactuados no AGL (63,35% e 63,18% respectivamente). A região Centro-Sul teve a maior proporção de uso dos relatórios de Produção e Consolidados para todas as ações elencadas, atingindo valores próximos a 100% quando se tratou do uso para avaliação de indicadores integrantes do AGL.

A região Central foi a que menos utilizou os relatórios de Produção para planejamento e oferta dos serviços (46,34%) e

acompanhamento dos indivíduos e famílias (42,90%), além de ser a que menos usou os relatórios Consolidados para acompanhamento dos indivíduos e famílias. A região Leste empregou os relatórios de Produção em menor proporção que as demais para mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades (30,88%), e divisão territorial com outras equipes (23,53%), essa última ação mencionada também teve baixa proporção de uso dos Consolidados (25%). A região Sudoeste utilizou em menor proporção os relatórios de Produção e Consolidados para mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população (45,91% e 45,28% respectivamente) e avaliação dos indicadores pactuados no AGL (48,12% em ambos) (tabela 2).

No DF, os relatórios Operacionais e Gerenciais foram menos utilizados na divisão territorial das eSF com outras equipes (35,99% e 26,53% respectivamente). Os Operacionais foram mais utilizados para acompanhamento dos indivíduos e famílias (55,72%), e os Gerenciais, para avaliação dos indicadores pactuados no AGL (41,79%). A região Centro-Sul também protagonizou no ranking de uso dos relatórios Operacionais e Gerenciais, comparado às demais regiões ( $p < 0,0001$ ) (tabela 2).

Tabela 2. Uso dos relatórios de produção, consolidados, operacionais e gerenciais do e-SUS APS para o planejamento das equipes de Saúde da Família e organização do serviço, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (Qualis-APS – Avaliação *in loco* – 1º Ciclo), 2022

Ações para o planejamento e organização do serviço		Regiões de Saúde do Distrito Federal							DF	Teste X <sup>2</sup> (p-valor)
		Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul		
<b>Relatórios de Produção</b>										
Planejamento da oferta de serviços	Não	22 (53,66%)	8 (10,81%)	31 (45,59%)	46 (47,42%)	36 (37,50%)	82 (51,57%)	20 (29,85%)	245 (40,70%)	<0,0001
	Sim	19 (46,34%)	66 (89,19%)	37 (54,41%)	51 (52,58%)	60 (62,50%)	77 (48,43%)	47 (70,15%)	357 (59,30%)	
Acompanhamento dos indivíduos e famílias	Não	23 (56,10%)	4 (5,41%)	31 (45,59%)	40 (41,24%)	35 (36,46%)	79 (49,38%)	21 (31,34%)	233 (38,64%)	<0,0001
	Sim	18 (43,90%)	70 (94,59%)	37 (54,41%)	57 (58,76%)	61 (63,54%)	81 (50,62%)	46 (68,66%)	370 (61,36%)	
Divisão territorial com outras equipes	Não	30 (73,17%)	26 (35,14%)	52 (76,47%)	63 (64,95%)	60 (62,50%)	109 (6,12%)	39 (58,21%)	379 (62,85%)	<0,0001
	Sim	11 (26,83%)	48 (64,86%)	16 (23,53%)	34 (35,05%)	36 (37,50%)	51 (3,87%)	28 (41,79%)	224 (37,15%)	
Mapeamento de comorbidades/ situação de saúde em sua população	Não	21 (51,22%)	10 (13,51%)	31 (46,97%)	45 (46,39%)	35 (36,46%)	86 (54,09%)	20 (29,85%)	248 (41,33%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	64 (86,49%)	35 (53,03%)	52 (53,61%)	61 (63,54%)	73 (45,91%)	47 (70,15%)	352 (58,67%)	
Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	Não	26 (63,41%)	23 (31,94%)	47 (69,12%)	52 (53,61%)	47 (48,96%)	97 (60,62%)	28 (41,79%)	320 (53,24%)	<0,0001
	Sim	15 (36,59%)	49 (68,06%)	21 (30,88%)	45 (46,39%)	49 (51,04%)	63 (39,38%)	39 (58,21%)	281 (46,76%)	
Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	Não	20 (48,78%)	4 (5,41%)	22 (32,35%)	48 (49,48%)	26 (27,08%)	83 (51,88%)	18 (26,87%)	221 (36,65%)	<0,0001
	Sim	21 (51,22%)	70 (94,59%)	46 (67,65%)	49 (50,52%)	70 (72,92%)	77 (48,12%)	49 (73,13%)	382 (63,35%)	
<b>Relatórios Consolidados</b>										
Planejamento da oferta de serviços	Não	21 (51,22%)	1 (1,35%)	32 (47,06%)	45 (46,39%)	29 (30,21%)	88 (55,00%)	22 (32,84%)	238 (39,47%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	73 (98,65%)	36 (52,94%)	52 (53,61%)	67 (69,79%)	72 (45,00%)	45 (67,16%)	365 (60,53%)	
Acompanhamento dos indivíduos e famílias	Não	21 (51,22%)	15 (20,27%)	26 (38,24%)	42 (43,30%)	27 (28,42%)	76 (47,50%)	19 (28,36%)	226 (37,54%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	59 (79,73%)	42 (61,76%)	55 (56,70%)	68 (71,58%)	84 (52,50%)	48 (71,64%)	376 (62,46%)	
Divisão territorial com outras equipes	Não	26 (63,41%)	20 (27,03%)	51 (75,00%)	57 (58,76%)	60 (63,16%)	105 (65,62%)	37 (55,22%)	356 (59,14%)	<0,0001
	Sim	15 (36,59%)	54 (72,97%)	17 (25,00%)	40 (41,24%)	35 (36,84%)	55 (34,38%)	30 (44,78%)	246 (40,86%)	
Mapeamento de comorbidades/ situação de saúde em sua população	Não	22 (53,66%)	9 (12,16%)	25 (37,31%)	40 (41,24%)	33 (34,38%)	87 (54,72%)	14 (20,90%)	230 (38,27%)	<0,0001
	Sim	19 (46,34%)	65 (87,84%)	42 (62,69%)	57 (58,76%)	63 (65,62%)	72 (45,28%)	53 (79,10%)	371 (61,73%)	
Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	Não	24 (58,54%)	14 (18,92%)	33 (48,53%)	46 (47,42%)	48 (50,00%)	91 (56,88%)	19 (28,36%)	275 (45,61%)	<0,0001
	Sim	17 (41,46%)	60 (81,08%)	35 (51,47%)	51 (52,58%)	48 (50,00%)	69 (43,12%)	48 (71,64%)	328 (54,39%)	

Tabela 2. Uso dos relatórios de produção, consolidados, operacionais e gerenciais do e-SUS APS para o planejamento das equipes de Saúde da Família e organização do serviço, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (Qualis-APS - Avaliação *in loco* - 1º Ciclo), 2022

Ações para o planejamento e organização do serviço		Regiões de Saúde do Distrito Federal							DF	Teste X <sup>2</sup> (p-valor)
		Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul		
Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	Não	21 (51,22%)	3 (4,05%)	24 (35,29%)	41 (42,27%)	30 (31,25%)	83 (51,88%)	20 (29,85%)	222 (36,82%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	71 (95,95%)	44 (64,71%)	56 (57,73%)	66 (68,75%)	77 (48,12%)	47 (70,15%)	381 (63,18%)	
<b>Relatórios Operacionais</b>										
Planejamento da oferta de serviços	Não	25 (60,98%)	3 (4,05%)	34 (50,00%)	52 (53,61%)	35 (36,46%)	104 (65,00%)	26 (38,81%)	279 (46,27%)	<0,0001
	Sim	16 (39,02%)	71 (95,95%)	34 (50,00%)	45 (46,39%)	61 (63,54%)	56 (35,00%)	41 (61,19%)	324 (53,73%)	
Acompanhamento dos indivíduos e famílias	Não	21 (51,22%)	3 (4,05%)	32 (47,06%)	48 (49,48%)	38 (39,58%)	101 (63,12%)	24 (35,82%)	267 (44,28%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	71 (95,95%)	36 (52,94%)	49 (50,52%)	58 (60,42%)	59 (36,88%)	43 (64,18%)	336 (55,72%)	
Divisão territorial com outras equipes	Não	31 (75,61%)	26 (35,14%)	50 (73,53%)	64 (65,98%)	58 (60,42%)	120 (75,00%)	37 (55,22%)	386 (64,01%)	<0,0001
	Sim	10 (24,39%)	48 (64,86%)	18 (26,47%)	33 (34,02%)	38 (39,58%)	40 (25,00%)	30 (44,78%)	217 (35,99%)	
Mapeamento de comorbidades/ situação de saúde em sua população	Não	21 (51,22%)	7 (9,46%)	31 (46,27%)	50 (51,55%)	36 (37,50%)	103 (64,78%)	23 (34,33%)	271 (45,09%)	<0,0001
	Sim	20 (48,78%)	67 (90,54%)	36 (53,73%)	47 (48,45%)	60 (62,50%)	56 (35,22%)	44 (65,67%)	330 (54,91%)	
Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	Não	25 (60,98%)	22 (29,73%)	41 (60,29%)	55 (56,70%)	50 (52,08%)	110 (68,75%)	28 (41,79%)	331 (54,89%)	<0,0001
	Sim	16 (39,02%)	52 (70,27%)	27 (39,71%)	42 (43,30%)	46 (47,92%)	50 (31,25%)	39 (58,21%)	272 (45,11%)	
Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	Não	20 (48,78%)	4 (5,41%)	31 (45,59%)	51 (52,58%)	27 (28,12%)	103 (64,78%)	28 (41,79%)	264 (43,85%)	<0,0001
	Sim	21 (51,22%)	70 (94,59%)	37 (54,41%)	46 (47,42%)	69 (71,88%)	56 (35,22%)	39 (58,21%)	338 (56,15%)	
<b>Relatórios Gerenciais</b>										
Planejamento da oferta de serviços	Não	28 (68,29%)	33 (44,59%)	48 (71,64%)	70 (72,16%)	54 (56,25%)	117 (73,12%)	35 (52,24%)	385 (63,95%)	<0,0001
	Sim	13 (31,71%)	41 (55,41%)	19 (28,36%)	27 (27,84%)	42 (43,75%)	43 (26,88%)	32 (47,76%)	217 (36,05%)	
Acompanhamento dos indivíduos e famílias	Não	27 (65,85%)	35 (47,30%)	49 (72,06%)	68 (70,10%)	54 (56,25%)	114 (71,25%)	36 (53,73%)	383 (63,52%)	<0,0001
	Sim	14 (34,15%)	39 (52,70%)	19 (27,94%)	29 (29,90%)	42 (43,75%)	46 (28,75%)	31 (46,27%)	220 (36,48%)	
Divisão territorial com outras equipes	Não	29 (70,73%)	41 (55,41%)	57 (83,82%)	77 (79,38%)	66 (68,75%)	129 (80,62%)	44 (65,67%)	443 (73,47%)	<0,0001
	Sim	12 (29,27%)	33 (44,59%)	11 (16,18%)	20 (20,62%)	30 (31,25%)	31 (19,38%)	23 (34,33%)	160 (26,53%)	
Mapeamento de comorbidades/ situação de saúde em sua população	Não	26 (63,41%)	36 (48,65%)	50 (74,63%)	70 (72,16%)	51 (53,12%)	120 (75,47%)	34 (50,75%)	387 (64,39%)	<0,0001
	Sim	15 (36,59%)	38 (51,35%)	17 (25,37%)	27 (27,84%)	45 (46,88%)	39 (24,53%)	33 (49,25%)	214 (35,61%)	

Tabela 2. Uso dos relatórios de produção, consolidados, operacionais e gerenciais do e-SUS APS para o planejamento das equipes de Saúde da Família e organização do serviço, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (Qualis-APS – Avaliação *in loco* – 1º Ciclo), 2022

Ações para o planejamento e organização do serviço		Regiões de Saúde do Distrito Federal							DF	Teste X <sup>2</sup> (p-valor)
		Central	Centro-Sul	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul		
Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	Não	28 (68,29%)	41 (55,41%)	52 (76,47%)	71 (73,20%)	62 (64,58%)	125 (78,12%)	38 (56,72%)	417 (69,15%)	<0,0001
	Sim	13 (31,71%)	33 (44,59%)	16 (23,53%)	26 (26,80%)	34 (35,42%)	35 (21,88%)	29 (43,28%)	186 (30,85%)	
Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	Não	22 (53,66%)	29 (39,19%)	40 (58,82%)	66 (68,04%)	45 (46,88%)	117 (73,12%)	32 (47,76%)	351 (58,21%)	<0,0001
	Sim	19 (46,34%)	45 (60,81%)	28 (41,18%)	31 (31,96%)	51 (53,12%)	43 (26,88%)	35 (52,24%)	252 (41,79%)	

Fonte: elaboração própria (2023).

Na *tabela 3*, observa-se a descrição da contagem de menções aos relatórios do e-SUS APS nos PAQ das equipes de saúde por região. Houve um número maior de ações que

problemas, em que se teve uma razão de 2,7 ações/problemas elencados pelas equipes, mas não necessariamente foram interrelacionados.

Tabela 3. Menções aos relatórios do e-SUS APS no Plano de Ação para a Qualidade das equipes de saúde, segundo Regiões de Saúde e o Distrito Federal (PAQ – 1º Ciclo), 2022

Dimensão e Subdimensão do Padrão de Qualidade	Região de Saúde																DF
	CENTRAL		CENTRO-SUL		LESTE		NORTE		OESTE		SUDOESTE		SUL		P	A	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A			
<b>Ações no território</b>																	
Cuidado no território	02	08	02	09	00	06	00	09	01	14	03	09	00	08	08	63	
Territorialização	00	01	01	13	12	15	04	27	07	16	06	09	02	09	32	90	
<b>Atenção ao usuário</b>																	
Atenção integral	06	10	09	11	03	13	10	41	00	22	22	27	08	28	64	152	
Educação e comunicação em saúde	00	01	00	00	00	01	00	00	00	00	00	01	00	00	00	03	
<b>Organização do trabalho</b>																	
Acesso	00	00	01	00	00	01	00	00	01	03	00	00	00	00	02	04	
Coordenação do trabalho	02	00	01	02	00	04	02	03	04	05	04	06	03	06	16	26	
Educação permanente	00	00	00	02	00	00	00	00	00	00	00	02	01	01	01	05	
<b>Planejamento</b>																	
Monitoramento e avaliação	00	01	09	14	05	08	05	25	02	09	09	13	02	05	32	75	
Programação	00	01	01	06	00	01	00	01	00	01	01	01	01	00	03	11	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>57</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>106</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>45</b>	<b>68</b>	<b>17</b>	<b>57</b>	<b>158</b>	<b>429</b>	
<b>Razão [A/P]</b>		<b>2,2</b>		<b>2,4</b>		<b>2,5</b>		<b>5,1</b>		<b>2,6</b>		<b>1,5</b>		<b>3,4</b>		<b>2,7</b>	

Fonte: elaboração própria (2023).

A= Ação; P = Problema.

Na figura 2, nota-se a representação de nuvens de palavras com as 100 palavras e gráfico de barras com 20 bigramas mais mencionados na lista de problemas e ações, relacionados com os relatórios do e-SUS APS. Observa-se que, após o termo e-SUS APS, as palavras mais mencionadas na lista de problemas são, em ordem: registro; cadastro; relatório; falta; indicador; sistema; território; acompanhamento; dificuldade; atualização; inconsistência; erros; equipe; paciente; dados; população; falhas; erros; gestante; hipertenso. Ao analisar os bigramas, percebe-se que alguns problemas estão diretamente relacionados com algum problema intrínseco ao e-SUS APS (erros, falhas, instabilidade do sistema e falta de unificação). Seguem abaixo alguns exemplos:

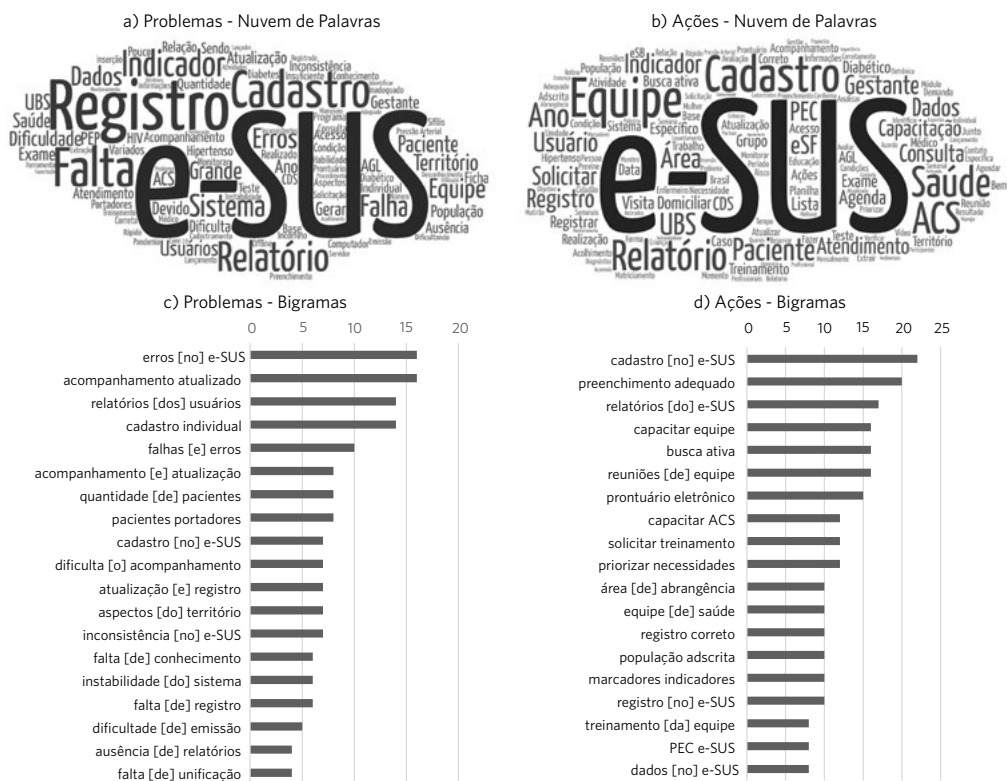
*Falhas e erros no programa do e-SUS APS que dificulta o acompanhamento, atualização e registro dos aspectos variados do território e sua população, como condição de saúde.* (eSF – ID 128).

*Erros e bugs no e-SUS APS que desaparece com dados de pacientes nos relatórios.* (eSF – ID 78).

*Instabilidade no e-SUS APS que desencoraja o servidor preencher todos os campos. Não há interligação entre os Sistemas e-SUS APS online e offline.* (eSF – ID 147).

*Instabilidade do sistema e-SUS APS, ao nos fornecer relatórios com celeridade, dificuldade em salvar os dados e falta de unificação do e-SUS APS nacionalmente. Aqui mesmo o DF a usuária do pré-natal é atendida na SES por prontuários eletrônicos diferentes que não se comunicam com o e-SUS APS.* (eSF – 118).

Figura 2. Nuvem de palavras e bigramas das listas de problemas e ações elencados no Plano de Ação para a Qualidade das equipes de saúde do Distrito Federal (Qualis-APS – PAQ – 1º Ciclo), 2022



Fonte: elaboração própria (2023).

Outros estão relacionados com questões extrínsecas (desconhecimento, inconsistência e falta de registro). Seguem abaixo alguns exemplos:

*Falta de conhecimento de como gerar o relatório com os dados dos indicadores.* (eSF – ID 20).

*Conhecimento insuficiente quanto ao cadastro domiciliar e individual no e-SUS APS, gerando inconsistências.* (eSF – ID 148).

*Falta de inserção/atualização dos cadastros no e-SUS APS.* (eSF – ID 37).

*Cadastros inconsistentes, dificultando emissão de relatório e devido acompanhamento.* (eSF – ID 07).

Na lista de ações, após o termo e-SUS APS, as palavras mais mencionadas foram, em ordem: equipe; cadastro; relatório; paciente; saúde; capacitação; indicador; atendimento; registro; visita domiciliar, gestante, usuário, consulta; Agente Comunitário de Saúde (ACS); solicitar; consulta; treinamento; dados; área; busca ativa. Quanto aos bigramas das ações, destaca-se o grande número de menções à capacitação e ao treinamento de equipes, enquanto outros mencionaram capacitação especificamente do ACS (*figura 2*). Ressalta-se que as equipes precisavam elencar ações que estivessem sob sua governabilidade.

## Discussão

A emissão e o uso das informações dos relatórios do sistema de informação para o planejamento das ações no âmbito da atenção básica e organização do serviço foi uma fragilidade constatada na maioria das RS do DF. Os relatórios gerados no e-SUS permitem que trabalhadores possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território. No entanto, menos da metade das eSF do DF relatou o uso dos relatórios e-SUS APS nas diferentes ações de planejamento e programação em saúde.

Entre os tipos de relatórios existentes, os de produção tiveram maior percentual de uso pelas eSF do DF. Alguns estudos sobre a informatização da APS também têm priorizado os relatórios de produção. No geral, esses estudos admitem o encaminhamento das produções das equipes ao Sisab, por meio do e-SUS ou sistemas de terceiros, como critério para considerar uma UBS informatizada<sup>14-16</sup>.

Quanto à finalidade, a maioria das regiões usa os relatórios para avaliar os indicadores pactuados no AGL, ao passo que apresentaram uma subutilização dos relatórios, principalmente, para divisão territorial com outras equipes; mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades; e planejamento e oferta dos serviços.

Nesse sentido, cabe salientar que o AGL é um acordo que objetiva o fortalecimento do modelo de gestão por resultados de produção. Existe um incentivo para o uso mais expressivo dos relatórios na análise dos indicadores AGL, visto que, em 2020, esse Acordo utilizava-se de quatro indicadores de pactuação distrital e sete concernentes ao componente ‘desempenho’ do Programa Previne Brasil<sup>13</sup>. O Previne Brasil estabelece, desde 2019, o modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS<sup>17</sup>. Não obstante, a aplicabilidade dos relatórios emitidos no e-SUS APS pode transcender a ideia de enfoque majoritário no monitoramento para repasse financeiro. Os relatórios emitidos têm grande potencial de, enfim, tornar-se um produto de gerenciamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da atenção básica, além de balizar o planejamento em saúde para o processo decisório<sup>16,18,19</sup>.

Entre os fatores relacionados com o não uso dos relatórios do e-SUS, algumas pesquisas corroboram os problemas elencados nos planos de ações das equipes. Observa-se um cenário de dificuldades desde a ausência de rede de internet até a falta de computadores para a digitação dos dados, além da perda de informações na falta de integração entre sistema terceirizado e sistema e-SUS APS<sup>14-16</sup>. A qualidade da informação também tem sido



relatada como um dos determinantes que encorajam ou dificultam a aceitação do uso do sistema entre os seus usuários, além da possível subnotificação no sistema<sup>20-23</sup>, problemas também mencionados no PAQ das equipes.

Ainda na análise do PAQ, muitos profissionais elencaram como problema o fato de não saberem gerar os indicadores, nem fazia parte da rotina e dos processos de trabalho terem acesso aos dados para realizarem análise/planejamento de ações com base nelas. Quanto a esse aspecto, uma pesquisa que descreveu sobre a evolução do SIS para a atenção básica, nos anos de 2007 a 2017, evidenciou que, mesmo com as capacitações sobre os sistemas e sua significativa importância, os profissionais das eSF não estavam em consonância para a utilização dos dados coletados e do aproveitamento destes em nível local. Também foi possível identificar a debilidade e o desconhecimento para a realização do diagnóstico de doenças das áreas adscritas, bem como o planejamento das ações de promoção e prevenção de saúde com base nos relatórios emitidos<sup>11</sup>.

Seguindo a linha de ações elencadas pelas equipes, percebe-se o reconhecimento da necessidade de investimentos em capacitação dos usuários dos sistemas que compõem a estratégia e-SUS APS, com enfoque prioritário no ACS. De acordo com outros estudos brasileiros, ainda existe uma grande dificuldade tanto para a coleta adequada dos dados quanto para a utilização das informações para a construção de indicadores de saúde. Tal fato pode ser reportado a uma série de fatores, entre os quais, um dos principais fatores é a falta de treinamento adequado dos profissionais<sup>9,22,24-27</sup>.

Além disso, os resultados sugerem que os esforços de desenvolvimento devem concentrar-se na melhoria do sistema e dos relatórios, especialmente na promoção da integração e da interoperabilidade com outros sistemas de informação em saúde; e reestruturação nas formas de coleta, processamento, validação e uso de informações. Dessa

forma, espera-se que, com as evoluções do sistema, um maior número de equipes considere a utilização das informações de seu território geradas nos relatórios do e-SUS para o planejamento e programação de suas ações<sup>14-16,20-23</sup>.

Cabe destacar que este estudo apresenta limitações inerentes ao corte transversal e natureza descritiva. Contudo, em face da reconhecida escassez de estudos sobre a temática no DF, bem como a amostra em totalidade das equipes, o uso de técnicas avaliativas em dimensões de autoavaliação, elaboração de plano de ação e avaliação externa permitiu traçar uma linha de base da situação de uso dos relatórios e os problemas relacionados com o não uso pelas equipes de saúde da APS do DF.

## Conclusões

Foi possível identificar que ainda existem aspectos que dificultam a incorporação do uso dos relatórios do e-SUS APS na rotina das eSF. Julga-se importante que os gestores atentem para os problemas identificados por profissionais das equipes, com o intuito de constatar as necessidades e os avanços a serem realizados para assegurar a eficácia do sistema e-SUS APS.

Além disso, os profissionais preocupam-se, frequentemente, com a fidedignidade dos dados coletados e informações que estão sendo produzidas. Entende-se que o aprimoramento do sistema e a capacitação de profissionais podem ser estratégias importantes para garantir a qualidade da informação e o planejamento das ações para subsidiar as intervenções de saúde e as tomadas de decisão.

Ademais, vale destacar que na Administração Central (AdmC) da SES-DF, as unidades orgânicas correlacionadas com a temática PEC e-SUS APS, e em virtude do Termo de cooperação do Ministério da Saúde e do Conass, tem-se o DF com o papel de município-piloto

para a execução rotineira de processos de homologação (testes) das novidades e melhorias das novas versões, para, assim, serem atualizadas no ambiente de produção dos serviços de saúde da APS. Dessa forma, no DF, tem-se um espaço privilegiado e desafiador aos gestores e trabalhadores da saúde ao ter o primeiro acesso no País às respectivas novidades e recursos das versões lançadas pelo laboratório desenvolvedor.

## Colaboradores

Passos TS (0000-0002-5312-095X)\*, Alencar TM (0009-0007-8724-2158)\*, Brito AP (0000-0003-4776-6356)\*, Sena AMP (0009-0001-9965-3161), Santos DB (0009-0005-8762-1911)\*, Barreto AA (0000-0001-5630-1070)\* e Silva LGO (0000-0002-7701-8546)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Dehnavieh R, Haghdoost A, Khosravi A, et al. The District Health Information System (DHIS2): a literature review and meta-synthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries. *Health inf manag.* 2019;48(2):62-75. DOI: <https://doi.org/10.1177/1833358318777713>
2. Aceto G, Persico V, Pescapé A. Industry 4.0 and health: Internet of things, big data, and cloud computing for healthcare 4.0. *J Ind Inf Integr.* 2020;18:100129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jii.2020.100129>
3. Wager KA, Lee FW, Glaser JP. *Health care information systems: a practical approach for health care management.* Columbia: John Wiley & Sons; 2021.
4. Teixeira CF. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.* Salvador: EDUFBA; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *E-SUS Atenção Básica: Manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS Atenção Básica: Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
8. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Versão 2.1.240605. Brasília, DF: DATASUS; [data desconhecida].
9. Araújo JR, Araújo DC, Machado LD, et al. Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate.* 2019;43(122):780-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912210>
10. Matsuda LM, Évora YD, Higarashi IH, et al. Informática em enfermagem: desvelando o uso do computador por enfermeiros. *Texto Contexto*

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Enferm. 2015;24(1):178-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002760013>
11. Damásio AS, Weimer SC, Rosa MC. Evolução do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. *Estácio Saúde*. 2018;7(1):81-8.
  12. Secretária de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023. Dispõe sobre o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2023 abr 17; Seção 1:5.
  13. Secretaria de Saúde (DF) [Internet]. Distrito Federal: SSDF; 2023. Regiões de Saúde; 2024 jun 3 [acesso em 2023 maio18]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude>
  14. Avila GS. Difusão do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS AB em equipes de Saúde da Família [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020 [acesso em 2023 set 14]. 109 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/38620>
  15. Cielo AC, Raiol T, Silva EN, et al. Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. *Rev Saúde Pública*. 2022;56(5):1-13. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003405>
  16. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, et al. e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(6):e00219520. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219520>
  17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 2019 nov13; Seção 1:97.
  18. Santos LP, Pereira AG, Graever L, et al. e-SUS AB na cidade do Rio de Janeiro: projeto e implantação do sistema de informação em saúde. *Cad Saúde Coletiva*. 2021;29(esp):199-204. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010232>
  19. Oliveira Junior JG. Subutilização, limites e potencialidades do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Asklepion: Informação em Saúde*. 2023;2(2):52-70. DOI: <https://doi.org/10.21728/asklepion.2023v2n2.p52-70>
  20. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SG, et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(1):145-9. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15784>
  21. Sacramento J. Números, casos e (sub) notificações: a vigilância epidemiológica e o boletim epidemiológico como tecnologias do biopoder. *Cad Campo*. 2020;29(supl):182-93. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp182-193>
  22. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(2):e00029418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418>
  23. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(3):891-902. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.01062015>
  24. Alves JP, Diniz IVA, França KTG, et al. Avanços e Desafios na Implantação do e-SUS Atenção Básica. 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde; 2017 Jun14-16; Campina Grande: Centro de Convenções Raymundo Asfora; 2017.

25. Rasia IC, Rosa AC, Rediss AN. A utilização dos sistemas de informação em uma instituição de saúde de Pelotas-RS. *Rev Saúde Com.* 2012;8(2):32-42.
26. Ribeiro MA, Muniz TBF, Albuquerque IMN, et al. Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2018;12(3):258-67. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1364>
27. Lopes SPA, Araujo JS, Figueiredo LGM, et al. A evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: um estudo descritivo. *Revista de Atenção à Saúde – RAS.* 2022;20(71):263-73. DOI: <https://doi.org/10.13037/2359-4330.8388>

---

Recebido em 30/09/2023

Aprovado em 05/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a Secretaria de Saúde do Distrito Federal financiou o Programa Qualis-APS e o trabalho de campo sob gestão da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) [GEREB-007-FEX-19]

**Editor responsável:** Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos



## Participação social no ciberespaço: o caso da atenção primária no Twitter em contexto de pandemia

*Social participation in cyberspace: the case of Primary Health Care on Twitter amid pandemics*

Arthur Lopes<sup>1</sup>, Gabriela Lamego<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28933P

**RESUMO** O estudo analisou postagens no Twitter sobre Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de identificar os problemas e as potencialidades referidos pelos usuários. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa e observacional não participante, em que foram coletados 135.855 *tweets* publicados entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021, analisados por meio da Mineração de Textos. Como resultado, do *corpus* analisado, foram identificadas quatro categorias temáticas não exclusivas, nomeadamente: Acessibilidade e Cobertura; Prestação de Serviços; Gestão e Recursos e Organização do SUS. Cinco modos de participação foram também identificados no debate sobre a APS: a denúncia, o compartilhamento de experiências positivas, a *call for action*, a *accountability* e a conscientização (*awareness*). Na especificidade da pandemia, críticas sistemáticas foram apresentadas relacionadas com as quatro dimensões analisadas. Apesar da existência dos problemas, a maior parte das denúncias não foram feitas de forma a explicitar um SUS-problema, mas um SUS-real. Reitera-se que o ciberespaço precisa ser devidamente apreendido enquanto locus de investigação, pois ele é apropriado pelas pessoas para expressar suas opiniões e participar da vida cívica avaliando as políticas e os diversos componentes do sistema de serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Participação social. Atenção Primária à Saúde. Mídias sociais. Comunicação em saúde.

**ABSTRACT** *The study analyzed Twitter posts about Primary Health Care (PHC) to identify the problems and strengths mentioned by users. It is a qualitative, non-participant observational, and exploratory research, in which 135.855 tweets published between January 2020 and December 2021 were collected and analyzed using Text Mining, a methodological procedure similar to Content Analysis. As a result, four non-exclusive thematic categories were identified from the analyzed corpus: Accessibility and Coverage, Service Delivery, Management and Resources, and SUS Organization (referring to the Brazilian Unified Health System). Five modes of participation in the debate on PHC were also identified: denunciation, sharing of positive experiences, call for action, accountability, and awareness. In the specificity of the pandemic, systematic criticisms were presented related to the four analyzed dimensions. Despite the problems, most of the complaints were not made in a way that explicitly highlighted a problematic SUS, but a real SUS. It is emphasized that cyberspace needs to be properly understood as a locus of investigation, as it is used by people to express their opinions and participate in civic life by evaluating policies and the various components of the health services system.*

**KEYWORDS** *Social participation. Primary Health Care. Social media. Health communication.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.  
arthur.lopes@ufba.br



## Introdução

A participação social, em sua concepção mais ampla, está associada à ação política da população nas mais diversas questões da vida pública que lhe sejam de interesse<sup>1</sup>. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ela é regulada por intermédio da Lei nº 8.142/90 e se dá por meio das Conferências e Conselhos de Saúde. Contudo, a literatura aponta que as instâncias colegiadas formais e informais apresentam inúmeros desafios para sua efetiva realização, os quais repousam, sobretudo, na lógica representacional, no esvaziamento da sua importância e nas disputas políticas entre os atores envolvidos<sup>2</sup>.

Ao partir de uma leitura fenomenológica<sup>3</sup>, se nas estruturas institucionais de participação social a população se depara com obstáculos no exercício da sua agência cívica, há de se esperar que meios alternativos, como aqueles advindos do ciberespaço, passem a ser usados para o controle social, particularmente diante de um contexto sócio-histórico no qual as mídias de massa afetam cada vez mais a vida cotidiana, tanto do ponto de vista político quanto sócio-cultural<sup>4</sup>.

No senso comum, designações atribuídas à *web* como ‘terra de ninguém’ são frequentes e consequentes das disrupções provocadas nos meios de produção e regulação da distribuição de informações, as quais culminam em novos modos de comunicação. Apesar de também possuir desafios próprios relacionados com a lógica de plataforma e o capitalismo de *big data*<sup>5</sup>, o ciberespaço propicia ambientes nos quais as pessoas podem não só estabelecer diálogo direto com diferentes atores sociais como também expor suas opiniões acerca dos mais variados temas.

Evidências nesse sentido já foram apontadas com relação ao Twitter<sup>6</sup>, principalmente no que tange à pandemia da covid-19, quando essa plataforma foi apropriada para discutir sobre temas como as vacinas<sup>7</sup>, a hidroxicloroquina<sup>8</sup>, os distanciamento e o isolamento social<sup>9</sup>, o movimento em torno do ‘#fiqueemcasa’<sup>10</sup> e

sobre o próprio SUS<sup>11</sup>; criticando ou endossando as ações e omissões de agentes públicos, compartilhando (des)informações, dúvidas, opiniões e experiências vividas; ou defendendo/criticando a ciência e a saúde pública.

Por essa razão, tomou-se o Twitter (agora X) como locus de análise desta investigação, que tem como objetivo analisar as opiniões compartilhadas na plataforma sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito da pandemia de covid-19 a fim de identificar os problemas e as potencialidades referidos pelos usuários. A plataforma será mencionada como Twitter, pois assim era denominada (em termos de funcionamento e governança) no período de realização desta pesquisa.

A escolha por analisar o tema da APS se dá em razão da sua importância, reiterada ante a pandemia da covid-19, por sua capacidade de desafogar o sistema de saúde em momentos de crise sanitária e de diminuir as iniquidades em saúde<sup>12</sup>. Vale destacar que esta é também uma das contribuições das investigações produzidas no ciberespaço: o que está sob análise é a opinião dos usuários produzida e compartilhada em linguagem e conteúdo que lhes pareceram mais adequados.

## Material e métodos

Esta é uma pesquisa de caráter qualitativo, observacional não participante e exploratório. Como aponta Minayo<sup>13</sup>, há de se considerar que o objeto requer escolhas metodológicas que consigam dar conta de sua análise, que, neste caso, envolve grande quantidade de conteúdo textual. Por essa razão, o procedimento metodológico adotado foi a Mineração de Textos (MT), que é similar à análise de conteúdo<sup>14</sup>, mas assistida por algoritmos pertencentes ao Processamento de Linguagem Natural.

### Coleta de dados

Realizada mediante o uso do módulo Snsrape, em linguagem de programação Python, do

período compreendido entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021, utilizando múltiplos descritores: esf AND sus, aps AND saúde, atenção primária AND sus, posto AND saúde, postinho AND saúde, e unidade básica AND saúde.

Como resultado do procedimento de coleta, 142.815 *tweets* passaram a compor o *corpus* de análise. Ao remover as duplicatas com base em seu conteúdo textual – haja vista a ocorrência de *retweets* (reproduções literais) –, tem-se um total de 135.855 *tweets*.

## Codificação dos dados

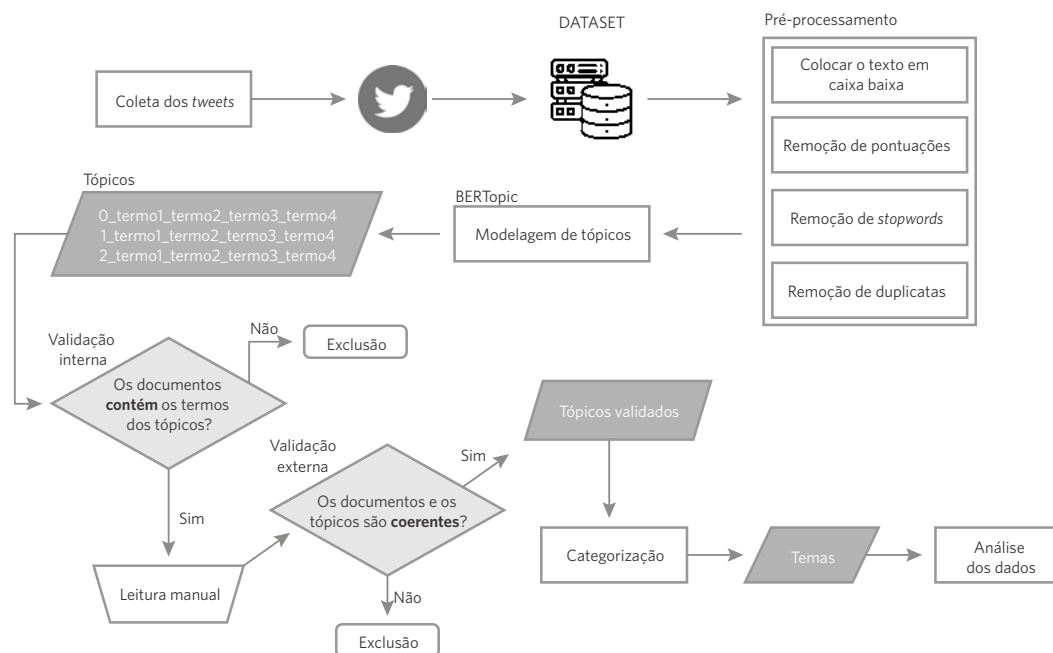
Esta etapa foi assistida por computador mediante a técnica conhecida como modelagem de tópicos, por meio do algoritmo BERTopic<sup>15</sup>. Ao identificar os padrões lexicais e semânticos de uma dada coleção de textos, o algoritmo consegue agrupar documentos textualmente similares em ‘tópicos’, de maneira a possibilitar

compreender o conteúdo textual do *corpus*.

Como resultado da modelagem, 857 tópicos foram mapeados. A primeira avaliação foi *screening-like*, em nível dos termos mais frequentes, em que se constatou a ocorrência de diversos tópicos praticamente idênticos. Por essa razão, o módulo ‘*reduce topics*’ do modelo foi usado para agrupá-los, resultando em 123 tópicos (manteve-se a numeração original). Subsequente à identificação dos tópicos, tem-se a etapa da validação (interna e externa), cujo procedimento realizado refere-se a uma adaptação daquele proposto por Ylä-Anttila, Eranti e Kukkonen<sup>16</sup>.

Tal qual ilustrado na *figura 1*, a validação interna foi feita por meio da busca dos ‘termos mais frequentes’ de cada tópico ‘no texto dos *tweets*’ que a eles foram atribuídos, tendo apenas um tópico descartado. Finalmente, tem-se uma amostra com 22.083 *tweets* selecionados, codificados provisoriamente em 122 tópicos.

Figura 1. Fluxograma do procedimento metodológico da pesquisa



Fonte: elaboração própria.

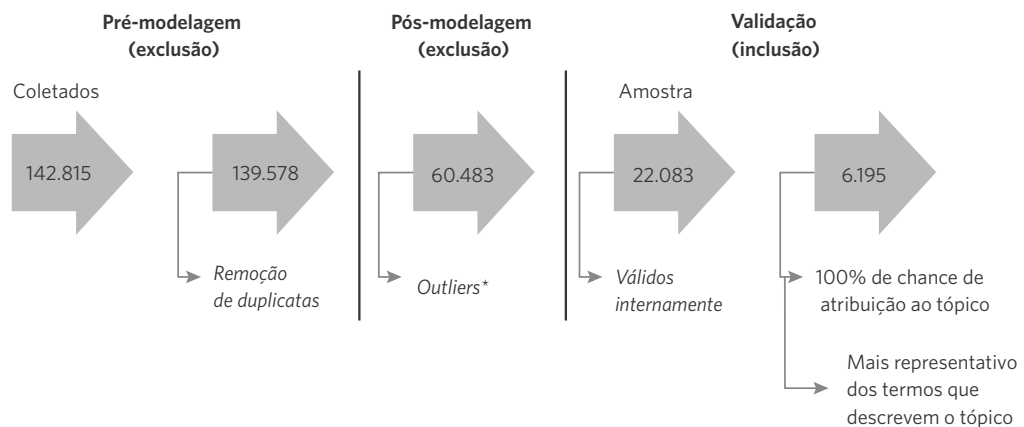


A etapa subsequente foi a da validação externa: os termos do tópico correspondem ao conteúdo dos documentos que lhe foram atribuídos? Todos os documentos etiquetados por seus respectivos tópicos são semelhantes e versam sobre o assunto comum subjacente aos termos que os descrevem?

Destarte, foi feita uma subamostra ( $n = 2.063$  tweets) contendo aproximadamente 34% dos tweets mais representativos de cada tópico

(indicados pelo BERTopic) e com probabilidade máxima de atribuição (100%), os quais foram sistematicamente analisados via leitura manual. Como resultado, a amostra foi codificada em 58 tópicos, apresentados no *quadro 1*. Nos casos em que os tópicos designavam tweets que tratavam de um mesmo assunto geral, houve agregação. As recomposições no tamanho do corpus e das amostragens estão sintetizadas na *figura 2*.

Figura 2. Esquematização das recomposições do corpus e das amostragens



Fonte: elaboração própria.

## Categorização temática

Todo o processo da modelagem de tópicos (codificação indutiva dos dados) culminou em códigos latentes do corpus (tópicos) e indicaram que a conversação se deu em torno de alguma dimensão da avaliação de políticas de saúde ou componentes de serviços de saúde. Por essa razão, a etapa da categorização temática (disposta no *quadro 1*) foi orientada pelo

referencial teórico de Pinto, Vieira-da-Silva e Baptista<sup>17</sup> e Souza e Bahia<sup>18</sup>.

Desse modo, os termos que descrevem cada um dos 58 tópicos válidos foram usados para compor um dicionário, por meio do qual classificaram-se os tweets coletados em quatro categorias temáticas não exclusivas, nomeadamente: Acessibilidade e Cobertura; Prestação de Serviços; Gestão e Recursos; Organização do SUS.

Quadro 1. Relação dos temas, tópicos e descrições

Temas	Tópicos (número) e seus respectivos termos (separados por "_")	Descrições
Acessibilidade e Cobertura	2_vacina_tomarvacina_vacinas_vacinacao,16_teste_testes_fazerteste_testerapido,19_pertocasa_moro_perto_bairro,68_demora_horasesperando_horas_filademoira,73_fila_filavacina_horasio_filavacinacao,79_fechou_fechado_fechar_estarafechado,94_usarmascara_recusausar_agride_mascaraagride	Traduz-se na relação entre os bens e serviços sociais, econômicos e culturais associados ao acesso a estabelecimentos de saúde, estando eles à disposição dos usuários ou não; e os obstáculos impostos pelos serviços de saúde, que podem ser geográficos, organizacionais ou econômicos. Na especificidade das narrativas, emerge também nos relatos de ida à unidade e dos contextos nos quais esses deslocamentos ocorrem (em ato ou ideiação)
Prestação de Serviços	20_dentista_dente_dentistas_dentes,28_insulina_diabetes_diabetica_glicose,30_psicologo_psicologos_psicologa_psicologia,40_receita_remedios_farmacia_ibuprofeno,52_trans_transfobia_gay_lgbt,104_fumar_parafumar_tabagismo_nicotina,135_polio_poliomielite_multivacinacao_vacinacaopolio,166_negros_racismo_negra_branco,250_tuberculose_tratamentotuberculose_tuberculosetratamento_tratamentourg	Refere-se às expectativas e experiências provenientes do encontro terapêutico, e da percepção acerca de programas e políticas de saúde na dimensão das ações de assistência, vigilância, promoção da saúde ou prevenção.
Organização do SUS	26_privatizar_decreto_privatizacao_privatizarsus,36_estrategia_estrategiafamilia_equipes_atencao primaria,72_fiquecasa_faltaar_ar_fique,118_ninguemnunca_tenteevitar_encaminhaubs_fiqueautomedicando,142_ministeriomuda_protocoloatendimento_mudaprotocolo_atendimentoministerio,184_plano_faltaplano_fazerplano_perturbacaoplano,290_prefeito_srprefeito_prefeitodiz_hmasquestao,737_hospitais lotados_ficando asustador_gel evitem_dentista quebrada	Diz respeito às relações entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. Na conversação, discutiu-se acerca da dimensão da atenção primária enquanto porta de entrada do sistema de saúde e reguladora do sistema; seja por ser o serviço ao qual recomenda-se ir em casos de indícios de exposição ou dano, seja aquele que se deve evitar para não sobrecarregar o sistema de saúde.
Gestão e Recursos	13_ministro_general_cargo_pazuello,29_prefeito_vereador_vereadores_prefeitocidade,93_absorvente_igualcamisinha_distribuir_pff,206_oxigenio_faltaoxigenio_ermelinomatarazzo_ermelino,218_demaisreclamar_cuidadospessoas_outrorecurso_ocupadosdemais,240_faltamedico_reclamamfalta_faltamedicos_denunciam,377_genocida_presidentegenocida_genocidas_ministro,662_subfinanciamento_epidemiologicos_falta investimento_sus apenas	Designado aos tópicos em que se acionam termos relacionados com os recursos humanos, materiais ou físicos dos serviços de saúde, e sua governança; com relação à gestão federal, estadual ou municipal.

Fonte: elaboração própria.

É importante salientar que este artigo não se propõe a qualificar a veracidade daquilo que foi narrado pelos usuários, mas compreender suas opiniões e percepções *vis-à-vis* a APS. Os *tweets* são reconhecidos aqui como narrativas<sup>19</sup>, e como tais, é reconhecido seu caráter performático, relacional e interacional.

## Considerações éticas

De acordo com os termos de privacidade, consentido e assinado por todos os usuários no momento do registro da plataforma estudada, “o Twitter é público e os Tweets são imediatamente visíveis e pesquisáveis por qualquer

pessoa em todo o mundo”<sup>20</sup>. Contudo, é reconhecido que desigualdades em termos de literacia podem culminar na não observância dos termos pelos usuários.

Dessa forma, houve um cuidado ético expressado pela garantia do anonimato dos perfis dos usuários da plataforma, em que a coluna contendo esse dado foi excluída do *dataset* antes da análise, a qual voltou-se exclusivamente para o conteúdo textual dos *tweets*.

## Resultados e discussão

A partir da análise da conversação feita pelos usuários em torno das experiências que foram compartilhadas no Twitter, vividas no ‘vai e vem’ desses atores nos serviços de APS, e dos próprios interesses e disposições associados ao contexto de produção de narrativas sobre o SUS em meio à pandemia, identificaram-se cinco modos de produção narrativa. São eles: a denúncia, o compartilhamento de experiências positivas, a *call for action*, a *accountability* e a conscientização (*awareness*). A seguir, as condições de ocorrência dos temas tratados pelos usuários serão apresentadas e discutidas.

### Acessibilidade e Cobertura

Sobre o tema da Acessibilidade e Cobertura, os usuários compartilharam dificuldades associadas às longas filas para agendamento de consultas e atendimento, culminando em um tempo de espera injustificável. Tais críticas já são bem conhecidas e foram documentadas por estudos anteriores sobre a percepção/satisfação dos usuários em serviços da APS/Estratégia Saúde da Família<sup>21,22</sup> e pela literatura que se debruça sobre o noticiamento do SUS-problema<sup>23,24</sup>.

Como pontua Paim<sup>25</sup>, a despeito dos desafios de ordem política e socioeconômica, as falhas relacionadas com acessibilidade, cobertura e prestação de serviços são a face mais visível dos problemas do SUS. Com efeito, é justamente esse SUS resumido à assistência

e aos problemas de acesso que os usuários tentaram contrapor (*awareness*):

*cara que isso o SUS não se resume à consulta e posto de saúde não [,] é um sistema que aplica todas as vacinas necessárias praticamente em toda a população [e] cobre o caríssimo tratamento de diabetes [,] de câncer [.] [N]ão fala isso pq sla a fila do upa demora não.*

Outrossim, houve também relatos de situações de violência verbal e física vividas, sobretudo, por trabalhadoras da enfermagem, motivadas pela recusa ao uso da máscara nos serviços (que se tornaram obrigatórias) ou pela frustração de não poder escolher o imunizante de interesse e ter que se vacinar com aquele disponível na unidade (esses usuários foram nomeados de ‘*sommelier das vacinas*’).

Em face da dificuldade de encontrar na APS respostas às necessidades de saúde-doença-cuidado mais imediatas, alguns usuários buscaram setores não formais de cuidado, como neste relato que trata da disponibilidade de oferta de atendimento em saúde mental:

*outra coisa: com [número] anos eu percebi sintomas de transtorno de ansiedade e depressão e fui num posto de saúde procurar psicólogo a próxima vaga era pra dali a meses imagina uma pessoa em sofrimento psíquico esperando meses por ajuda quem me ajudou foi meu centro espírita.*

Além disso, com a pandemia, insurge um movimento transitório de êxodo urbano, das capitais para as regiões mais interioranas e rurais, como aponta um usuário: “*tenho visto vários amigos queridos de salvador indo ‘quarentenar’ no vale do capão [...]*”. Todavia, a resposta ao ‘pânico urbano’<sup>26</sup> responsável por esse deslocamento desconsiderou as desigualdades relacionadas com cobertura e acessibilidade, aumentando a demanda nessas regiões para além daquela da própria população residente. No esforço de conscientizar, ele afirma:

*[...] vale do capão que não tem nem posto de saúde o mais próximo fica a [número] km de estrada de terra em palmeiras os dez leitos de uti mais próximos a [número] km em seabra respeitem a população nativa porra.*

O acesso ao serviço de saúde foi interceptado também por problemas relacionados com o acolhimento prestado pelos trabalhadores de saúde e à organização do serviço. Ante a medicalização da vida, autoras como Lamego e Moreira<sup>27</sup> pontuam que o diagnóstico médico atua como um ‘passaporte’ para reconhecimento e significação da enfermidade dos indivíduos perante o Estado. Ainda que colocados como prioritários na política, no serviço, desvelam-se as tensões advindas da atuação iatrogênica da instituição (unidade de saúde), como enunciado no relato de um usuário:

*caso real: pessoa hipertensa se trata num posto de saúde onde todos a conhecem ela vai ao posto tomar vacina pfizer dizem que precisa de um atestado ela: ‘eu me trato aqui’ [...] ‘ok, mas precisa passar em consulta pra pegar o atestado’ [...] ‘e qdo tem consulta’ [...] ‘não tem tchau’.*

Por outro lado, destacam-se aqui os tweets em que se evidenciam um SUS atuante<sup>24</sup>, uma APS resolutiva, orientada para a família e para a comunidade. Em posição de defesa ao SUS, uma usuária pontua: “quando o posto de saúde ficava próximo da rua onde moro o médico do sus vinha aqui em casa atender toda minha família entende a diferença”. Em movimento de antítese à construção do SUS-problema, outro usuário destaca o componente da disponibilidade:

*Fui no postinho marcar um ginecologista fui hoje a tarde marquei pra amanhã cedo em plano de saúde normalmente eu esperava horrores [...] proibido falar mal do sus na minha frente sujeito à paulada.*

Nesse sentido, mesmo diante dos efeitos da pandemia sobre a acessibilidade aos serviços de saúde, os esforços para a garantia do

acesso foram evidenciados, mobilizando assim o sentido do ‘SUS que vai à luta’<sup>24</sup> em meio à crise. No que concerne à vacinação:

*ontem a agente da saúde da minha mãe no interior de goiás pegou um carro emprestado e deu um jeito de buscar a vacina da minha mãe no posto e a vacinou pelo portão da nossa casa. Minha mãe é idosa e de risco. Mano esse povo do sus é foda a gente tem que glorificar mesmo*

A expressão ‘viva o SUS’ se tornou popular no Twitter e passou a ser usada tanto para defesa quanto para tecer críticas ao SUS. No tocante ao tema Acessibilidade e Cobertura, os usuários explicitaram, em tom de indignação, as contradições observadas na mobilização feita em torno da hashtag #VivaoSUS, como em:

*já vi alguns dizerem: ‘viva o sus’ mas na hora de consultar duvido que vão pra um posto de saúde vão pra uma fila pegar uma ficha e ser atendido por um médico do sus [...] hipocrisia: a gente vê por aqui.*

A sátira/ironia também foi usada para esse fim, tal qual: “viva o sus hoje tivemos que ir no posto de saúde e se recusaram a atender pq estavam sem ficha”.

## Prestação de Serviços

No que se refere ao tema Prestação de Serviços, o Twitter foi usado como meio de divulgação de campanhas de saúde voltadas à covid-19 e a outros agravos, explicitando o esforço de um SUS atuante para manutenção do cuidado em meio à pandemia. Ademais, usuários demonstraram gratidão pelo atendimento recebido por profissionais em postos e unidades básicas de saúde, destacando o princípio da integralidade da APS, tal como neste relato:

*Recebi atendimento psiquiátrico por um médico tão atencioso no posto de saúde ❤️ recebi todo o acolhimento que em dois anos de tratamento particular não consegui enfim viva o sus.*

A expressão ‘viva o SUS’ também se fez presente na discussão sobre prestação de serviços ao explicitar o êxito da APS no que tange à testagem de infecções sexualmente transmissíveis; ao tratamento de hipertensão, diabetes e tabagismo; assim como ao pré-natal. Entretanto, foi também um recurso de contestação, por meio do qual usuários evidenciam a contradição de acionar um ‘viva o SUS’ mesmo com todos os problemas percebidos.

Com efeito, isso é observado por meio de *tweets* como aquele em que uma usuária denuncia o caráter dialético entre a APS que é vivida na prática e seus princípios finalísticos:

*a cada pessoa que grita viva o sus um médico passa cloroquina inalatória uma enfermeira desvia uma dose de vacina e um prefeito recebe propina de um posto de saúde [...] o sus não corre risco de morrer festejá-lo termina por esconder suas mazelas.*

Denunciam-se ainda casos de racismo institucional, em termos semelhantes àqueles presentes no trabalho de Bittencourt, Santana e Santos<sup>28</sup> sobre a saúde da população negra e a atenção primária. Essa realidade desvela não só as lógicas de desumanização inerentes à situação de colonialidade assistida no País como também o caráter interacional das situações em que são atuadas: não há sujeito neutro. Uma usuária aponta que é negra e pobre, e que: “[...] médicas riquinhas como a marcela olha a gente com cara de nojo no posto de saúde ou melhor nem olha na nossa cara enquanto faz a receita”.

Mesmo quando se evidencia uma APS capaz de fazer valer seus princípios finalísticos, sobretudo quando comparada às experiências no setor saúde privado, os efeitos deletérios do racismo e seu caráter desumanizador são explicitados:

*o racismo na saúde tá tão normalizado que na minha cabeça ir ao dentista era ser destrutada mesmo pagando e tava tudo ok não percebia o quão sofrido era até ontem porque ontem me senti bem e sai do posto de saúde muito informada [...] vida longa ao sus.*

Da mesma maneira, usuários evidenciam os modos como a LGBTQIA+fobia encontra-se presente no seio dos serviços de saúde e é realizada no cotidiano da APS, de tal maneira que uma pessoa trans relata: “*amanhã é dia de pegar bloqueador no posto de saúde = amanhã é dia de sofrer transfobia no posto de saúde*”. Trata-se de casos de transfobia como os que foram descritos na pesquisa feita por Rocon e colaboradores<sup>29</sup>. Tais casos foram também noticiados por veículos jornalísticos, como o UOL: ‘Casal trans grávido relata transfobia em atendimento em posto de saúde’<sup>30</sup>.

Tem-se também praticidades que traduzem e produzem o estigma impingido a esses grupos sociais<sup>31</sup>, tal como apontado por uma usuária:

*minha colega que trabalha no posto de saúde disse que já cansou de ver o descarte de sangue de pessoas até que eles só suspeitavam que eram gays é uma nojeira.*

Os efeitos da estigmatização se apresentam também no discurso produzido por um usuário sobre uma peça de comunicação exposta no serviço em que esteve presente: “*inacreditável que o cartaz pra prep no posto de saúde tá escrito grupos chaves: gays e homens que fazem sexo com homens li com meus próprios olhos [...]*”.

Para esse usuário, endereçar as políticas públicas sobre HIV/aids somente a essa população reforçaria o estigma, tratando-se, portanto, de uma “[...] *lgbtfobia descarada [...]*”, já que de acordo ele, “[...] *faz anos que mais de [número] das transmissões hiv no br em especial no sul são por relações heterossexuais*”.

Como aponta Knauth e colaboradoras<sup>32</sup>, sob a égide da gramática do risco – e atualmente, das ‘populações-chave’ –, tem-se não só ações limitadas de controle epidemiológico, o que faz com que certos grupos não se identifiquem com o HIV/aids, incluindo-se os homens heterossexuais. Em 2022, o Ministério da Saúde publicou uma atualização no protocolo que tenta superar essas questões ampliando a profilaxia para todos os adultos e adolescentes

sexualmente ativos sob maior risco de infecção por HIV no País.

## Organização do SUS

Em suas postagens, os usuários empreenderam atividade de conscientização acerca de aspectos organizacionais do sistema:

*é por isso que existem os níveis de atenção [...] não adianta ir com febre a um hospital ou ir com um braço quebrado a um posto de saúde [...] claro que o sus tem seus problemas mas é um sistema que funciona sim.*

Esse movimento de *awareness* foi também observado em publicações produzidas por profissionais da saúde acerca da realidade da APS durante os dois primeiros anos de pandemia, como:

*estou trabalhando aqui no posto de saúde não são nem [número]h da manhã ainda e pacientes já foram encaminhados com fortes suspeitas pelo coronavirus ontem alguns outros já foram encaminhados podem ter certeza coronavirus não é besteira estamos em calamidade de saúde.*

Em contrapartida, a mobilização em torno do '#fiqueemcasa' analisada por Pessanha et al.<sup>10</sup> foi vista como problema por alguns usuários, os quais explicitaram o caráter descontextualizado dessa recomendação, dado que não se levaram em conta as desigualdades sociais que acabaram por interpelar as necessidades de serviços de saúde. Assim, um usuário denuncia:

*essa recomendação de não ir pra hospital/posto de saúde se não estiver com todos os sintomas só vale pra quem tem o privilégio de ficar em casa sem apresentar atestado médico no trabalho não é meu caso fui pro pronto atendimento sim.*

Ao longo do transcurso da pandemia, notadamente no ano de 2021, os tópicos discutidos passaram a incluir o compartilhamento de

situações e experiências que apontam para um deslocamento no que concerne ao papel da atenção primária, visto que esta passou a assumir as demandas dos outros níveis de atenção quando na falta de recursos materiais, físicos e de pessoal, como relatado: *“leito improvisado e intubação precária: falta de vaga faz posto de saúde virar hospital”*.

## Gestão e Recursos

Os usuários que usaram o Twitter para discutir acerca da Gestão e Recursos da APS no âmbito do SUS o fizeram muito mais no sentido de explicitar um SUS-constitucional constrangido<sup>25</sup> do que um SUS-problema essencialmente incapaz. Isso pôde ser observado em publicações, como:

*eu fico triste ao perceber que o potencial da atenção primária à saúde não está sendo utilizado muitas vezes por falta de recursos falta sustento à base do sus imaginem a aps sendo valorizada como deveria ser quantas pessoas seriam alcançadas pelo direito à saúde.*

O tema Gestão e Recursos também foi caracterizado por termos como ‘responsabilidade’ e ‘culpa’, por meio dos quais os usuários debateram a *accountability* acerca das falhas e problemas percebidos no que se refere à resposta dada por agentes públicos à pandemia de covid-19, como em:

*Culpa de quem lá atrás mandou o povo ficar em casa e quando sentir febre ou falta de ar procure um posto de saúde e de quem desviou o dinheiro para comprar os respiradores e os epi vc sabem que foi quem desviou os recursos moro.*

Nesse sentido, a gestão municipal foi criticada no que se refere a problemas associados à infraestrutura, à falta de recursos e ao fechamento de unidades. Um usuário entrou em diálogo direto (menção) com a Prefeitura do Rio de Janeiro ao criticar a gestão municipal



por priorizar o Carnaval em detrimento das necessidades estruturais do serviço de saúde:

*e o posto de saúde waldir franco em bangu está caindo o teto cheio de infiltrações paredes cheias de mofo tem água caindo em cima dos aparelhos médicos, mas o carnaval tá on vergonha.*

Usuários também mencionaram o então prefeito da cidade de Porto Alegre em cenário de contestação das ações empreendidas para fechamento de unidades no âmbito da pandemia de covid-19, indo de encontro aos atributos da APS. Um usuário, por exemplo, pontua que:

*marchezan decidiu fechar o posto de saúde da vila tronco que tipo de gestor faz isso no meio de uma pandemia deveríamos estar trabalhando para aumentar a estrutura de atendimento, mas o prefeito trata o povo como se fosse um aglomerado de números são vidas mais respeito.*

O governo federal, por sua vez, foi duramente criticado pelos usuários. Um dos pontos de crítica foi o Programa Previnde Brasil, explicitando seu caráter privatista e antidemocrático<sup>33</sup>. Na esteira da contestação aos empreendimentos que implicam a abertura do SUS ao capital privado, tem-se também um volume considerável de *tweets*-indignação do tipo ‘*call for action*’ acerca do Decreto nº 10.530/2020 publicados no contexto da *hashtag* ‘#DefendaoSUS’,

*o governo quer privatizar o sus em plena pandemia e começando pelas unidades básicas a porta de entrada para a atenção primária surreal fere a constituição viola a lei do sus e coloca a saúde de milhões de pessoas à mercê da iniciativa privada não permitiremos defendaosus.*

Além disso, a falta de trabalhadores da saúde e as mudanças nos processos de trabalho foram denunciadas em contextos de enunciação de clara ordem discursiva: a pandemia produz adoecimento nas trabalhadoras<sup>34</sup>, mas só se chegou a esse ponto em função da necropolítica

sublinhada por Brandão, Mendonça e Souza<sup>35</sup>. Desse modo, um usuário diz que sua

*[...] companheira enfermeira no posto de saúde está com pessoas a menos na equipe devido a covid e principalmente esgotamento mental diálogo hoje: [...] – sim é uma guerra de poucos soldados sem líder [...] – isso não é uma guerra [...] – é um massacre.*

Outrossim, a morte do Cacique Yawalapiti Aritana repercutiu na conversação e suscitou movimentos de denúncia que muito desvelam o caráter necrobiopolítico do Estado, apontando-se como causa-morte a política do deixar e fazer morrer<sup>36</sup>, tal qual denuncia a usuária:

*o posto de saúde da aldeia onde o cacique aritana vivia estava sem pessoal sem oxigênio sem os instrumentos básicos para lutar pela vida do chefe das tribos do xingu.*

Ao concernir os insumos, houve também narrativas propositivas que defendiam a necessidade de disponibilização de absorventes, máscaras e respiradores PFF2 nas unidades básicas de saúde, como em:

*tinha que ter respirador pff de graça no posto igual tem camisinha [...] tinha que ter agente de saúde distribuindo e ensinando a usar igual tinha com camisinha no carnaval.*

Também foram particularmente prevalentes denúncias e mobilizações em torno da presença/falta de vacinas nas unidades, de testes para covid-19 e outros agravos sensíveis à APS. Sobre esses últimos, inclui-se a presença/falta de medicamentos e tecnologias para seu tratamento nas unidades de saúde.

## Considerações finais

Não obstante as contribuições, faz-se importante destacar algumas limitações. A primeira delas se refere ao fato de que a conversação

analisada é um recorte amostral passível de ser coletado. Além disso, os descritores usados não traduzem todas as possíveis maneiras de se referir à APS. Por fim, a análise foi feita principalmente, mas não exclusivamente, com base nos documentos considerados representativos com relação a cada tópico mapeado, tratando-se, portanto, de uma limitação a ser considerada.

Independentemente disso, o trabalho contribui para o campo da saúde coletiva na medida em que apresenta os modos como o Twitter foi apropriado pelas pessoas para expressar suas opiniões e participar da vida cívica avaliando políticas, ações de agentes públicos e os diversos componentes do sistema de serviços de saúde. A despeito dos constrangimentos, os sujeitos agem, atuam e se mobilizam em espaços alternativos – e este trabalho buscou contribuir para o reconhecimento dessas novas configurações de controle social.

Apesar da existência dos problemas compartilhados em rede, os achados aqui apresentados indicam que a maior parte das denúncias não foram feitas de forma a explicitar um SUS-problema, mas um SUS-real, uma APS que apresenta inúmeros desafios, mas cuja importância não só é reconhecida pela maioria

dos usuários como também é evidenciada na conversação.

Assim, os resultados apontam para a potencialidade das conversações públicas no Twitter como um palco de movimentações cívicas capazes de auxiliar no processo de conformação de novos atores para o ‘processo’ da Reforma Sanitária Brasileira, ou, como aponta Paim<sup>25</sup>, ‘sujeitos da práxis’.

Pesquisas subsequentes podem melhor identificar esses sujeitos, como se articulam e de que forma as disputas discursivas inseridas entre SUS problema x SUS real se constroem e circulam no Twitter, mas também em outras plataformas, uma vez que se reconhece que os resultados desta pesquisa se inserem em um universo mais abrangente que é o ciberespaço.

## Colaboradores

Lopes A (0000-0001-9137-3184)\* contribuiu para concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação final da versão a publicar. Lamego G (0000-0002-5600-6765)\* contribuiu para análise e interpretação dos dados; revisão crítica do texto; e aprovação final da versão a publicar. ■

---

## Referências

1. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 853-83.
2. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde debate. 2021;45(131):1199-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>
3. Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. Cad Saúde Pública. 2006;22(8):1547-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800003>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



4. Dahlgren P, Alvares C. Political participation in an age of mediatisation. *Javnost - The Public*. 2013;20(2):47-65. DOI: <https://doi.org/10.1080/13183222.2013.11009114>
5. Souza RBR. A comunicação contra-hegemônica no capitalismo digital: limites e contradições. *Liinc rev*. 2020;16(1):e5133. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v16i1.5133>
6. Haman M. The use of Twitter by state leaders and its impact on the public during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*. 2020;6(11):e05540. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05540>
7. Penteadó CLC, Ferreira MAS, Pereira MA, et al. #Vacinar ou não, eis a questão! As emoções na disputa discursiva sobre a aprovação das vacinas contra a Covid-19 no Twitter. *Política Soc*. 2021;20(49):104-33. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2021.85145>
8. Araújo RF, Oliveira TM. Desinformação e mensagens sobre a hidroxicloroquina no Twitter: da pressão política à disputa científica. *AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento*. 2020;9(2):196-205. DOI: <https://doi.org/10.5380/atoz.v9i2.75929>
9. Aquino ACLT, Santos AG, Dubugras MTB, et al. Estudo quali-quantitativo sobre a percepção de usuários do Twitter sobre a adoção das medidas de quarentena, de distanciamento e de isolamento sociais, durante a pandemia da COVID-19. *BIS - Bol Inst Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 set 24];21(1):173-85. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/36740>
10. Pessanha GRG, Fidelis, TO, Freire CD, et al. #Fique-emcasa: análise de sentimento dos usuários do twitter em relação ao covid19. *HOLOS*. 2020;5:1-20. DOI: <https://doi.org/10.15628/holos.2020.11147>
11. Silva H, Andrade E, Araújo D, et al. Sentiment analysis of tweets related to sus before and during COVID-19 pandemic. *IEEE Latin America Transactions*. 2022;20(1):6-13. DOI: <https://doi.org/10.1109/TLA.2022.9662168>
12. Sousa AJM, Torres AA, Araújo MM, et al. Atenção primária à saúde e covid-19: uma revisão integrativa. *Cad ESP* [Internet]. 2020 [acesso em 29 out 2022];14(1):45-52. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/313>
13. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):237-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
14. Yu CH, Jannasch-Pennell A, DiGangi S. Compatibility between text mining and qualitative research in the perspectives of grounded theory, content analysis, and reliability. *The Qualitative Report*. 2011;16(3):730-44. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2011.1085>
15. Grootendorst M. BERTopic: Neural topic modeling with a class-based TF-IDF procedure. *arXiv (Cornell University)*. 2022;1:arXiv:2203.05794v1. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2203.05794>
16. Ylä-Anttila T, Eranti V, Kukkonen A. Topic modeling for frame analysis: A study of media debates on climate change in India and USA. *Glob Media Commun*. 2022;18(1):91-112. DOI: <https://doi.org/10.1177/17427665211023984>
17. Pinto ICM, Vieira-da-Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Almeida-Filho N, Paim J, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 69-82.
18. Souza LEPE, Bahia L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: Almeida-Filho N, Paim J, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 49-68.
19. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(4):1065-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>

20. Twitter [Internet]. São Francisco: X Corp; 2006. Política de Privacidade; 2018 maio 25 [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: [https://twitter.com/pt/privacy/previous/version\\_14](https://twitter.com/pt/privacy/previous/version_14)
21. 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. *Texto e Contexto Enferm*. 2013;22(3):780-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300026>
22. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saúde Pública*. 2021;36(12):e00031420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XER031420>
23. Silva GM, Rasera EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist Cienc Saude Manguihnos*. 2013;21(1):61-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013005000012>
24. Rangel-S ML, Lamego G, Paim M, et al. SUS na mídia em contexto de pandemia. *Saúde debate*. 2022;46(134):599-612. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213401>
25. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
26. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *A Microfísica do poder*. Rio: Graal; 1979. p. 79-98
27. Lamego DTC, Moreira MCN. O diagnóstico como “passaporte” para reconhecimento e significação das experiências na dislexia. *Physis*. 2019;29(3):e290311. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290311>
28. Bittencourt LJ, Santana KSO, Santos DSM. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde debate*. 2023;47(137):31-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>
29. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, et al. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023469. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>
30. Rodrigues E. Casal trans grávido relata transfobia em atendimento em posto de saúde. UOL [Internet]. 2021 jul 28 [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/06/28/casal-transdiz-ter-tido-vitima-de-transfobia-em-posto-de-saude-em-aracaju.htm?cmpid=copiaecola>
31. Santos LES, Fontes WDS, Oliveira AKS, et al. Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180688. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0688>
32. Knauth DR, Hentges B, Macedo JL, et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00170118. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>
33. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(supl2):3781-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
34. Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Rev bras saúde ocup*. 2021;46:e1.
35. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF. O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate*. 2023;47(137):58-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>
36. Bento B. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cad Pagu*. 2018;(53):e185305. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201800530005>

---

Recebido em 09/10/2023

Aprovado em 13/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Luciana Sepúlveda Köptcke



## Percepções dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família sobre Práticas Integrativas e Complementares

### *Family Health Strategy dental surgeons' perception of Integrative and Complementary Practices*

Ana Claudia Cordeiro Alvarenga<sup>1</sup>, Caroline Rodrigues Thomes<sup>1</sup>, Fabiana Gonring Xavier<sup>1</sup>, Marluce Mechelli de Siqueira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E29117P

**RESUMO** Embora institucionalizadas no Sistema Único de Saúde, a dinâmica de implementação das Práticas Integrativas e Complementares (Pics) na Estratégia Saúde da Família, pela perspectiva da odontologia, representa um campo inédito de estudo. Assim, buscou-se compreender a percepção dos cirurgiões-dentistas atuantes nesse contexto, no município de Vitória, Espírito Santo, quanto à incorporação e à implementação dessas práticas. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 40 cirurgiões-dentistas, gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo de Bardin. Dos dados, emergiram três categorias: o entendimento sobre Pics, a percepção sobre incorporação e implementação, e sobre as políticas de Pics. Observaram-se a compreensão, a aceitação e o interesse unânimes das práticas, evidenciando seu valor alinhado às diretrizes das políticas relacionadas, realçando o significativo potencial disponível no município. No entanto, desafios como lacunas de conhecimento das políticas e das regulamentações odontológicas específicas, bem como falhas no processo de educação permanente, destacam a importância de aprimoramento das estratégias de divulgação e capacitação dos profissionais. Conclui-se que, embora estejam incorporadas e haja um potencial considerável para expansão, é necessário ultrapassar as barreiras que se apresentam, a fim de alcançar uma implementação efetiva das Pics no município, incluindo em contextos específicos como a odontologia.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Odontologia. Odontologia geral. Terapias complementares.

**ABSTRACT** *Although institutionalized in the Unified Health System, the dynamics of implementing Integrative and Complementary Practices (PICS) in the Family Health Strategy, from the perspective of dentistry, represents an unprecedented field of study. The aim was to understand the perception of dental surgeons working in this context in Vitória, Espírito Santo, Brazil, regarding the incorporation and implementation of these practices. Semi-structured interviews were carried out with forty dentists, which were recorded, transcribed and submitted to Bardin's content analysis. Three categories emerged from the data: the understanding of PICS, the perception of incorporation and implementation, and the perception of PICS policies. There was unanimous understanding, acceptance and interest in the practices, showing their value in line with the guidelines of the related policies, highlighting the significant potential available in the municipality. However, challenges such as gaps in knowledge of specific dental policies and regulations, as well as shortcomings in the continuing education process, highlight the importance of improving strategies for disseminating information and training professionals. The conclusion is that, although they have been incorporated and there is considerable potential for expansion, barriers need to be overcome to achieve effective implementation of PICS in the municipality, including in specific contexts such as dentistry.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. National health strategies. Dentistry. General practice, dental. Complementary therapies.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.  
accalvarenga@gmail.com



## Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (Pics), segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup> e do Ministério da Saúde<sup>2</sup>, compreendem um conjunto diversificado de práticas que contribuem para o tratamento convencional, baseadas em abordagens holísticas e em conhecimentos tradicionais. Envolvem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais ampliam a compreensão do processo saúde-doença, enfocando a promoção global do cuidado humano e utilizando mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde<sup>3</sup>.

Inicialmente, cinco Pics foram instituídas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 971/2006, sendo homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia e termalismo social/crenoterapia<sup>2</sup>.

Essas abordagens se expandiram. Assim, em 2017, a Portaria GM/MS nº 849 adicionou outras 14 práticas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga<sup>4</sup>. Em 2018, a Portaria GM/MS nº 702 ampliou o escopo para apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 Pics disponíveis no SUS, visando oferecer uma assistência à saúde abrangente e eficaz<sup>5</sup>.

A regulamentação da política de Pics se estendeu por vários municípios e estados, destacando-se a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS) de Vitória-ES, instituída em 2016 com participação ativa de atores sociais e institucionais, como exemplo notável<sup>6</sup>. Diante de um modelo de atenção

biomédico, curativo e fragmentado, com limitações de efetividade evidentes no padrão epidemiológico das doenças<sup>7</sup>, observa-se o avanço gradual das práticas integrativas como um meio para transformação dos paradigmas da saúde<sup>8</sup>.

A oferta predominante de serviços de Pics na Atenção Primária à Saúde (APS) representa um avanço na implementação da PNPIC<sup>2</sup>. As Pics e a APS alinham-se em suas concepções, como abordagem ampliada e holística, enfoque familiar e comunitário, atenção ao contexto social e cultural dos indivíduos, formação de vínculos terapêuticos, participação ativa dos usuários, entre outros aspectos<sup>9</sup>.

Diversos estudos têm explorado as percepções de gestores e profissionais acerca das Pics, revelando uma receptividade favorável, mas destacando a necessidade de expandir o debate sobre o assunto entre os atores e instâncias relacionadas<sup>10-12</sup>.

A odontologia integrativa, emergindo da base das Pics, possibilita um atendimento holístico, caracterizado pela escuta acolhedora e pela contextualização do usuário em um cenário transdisciplinar<sup>13</sup>. Nesse sentido, a existência de regulamentações odontológicas para especializações em acupuntura e homeopatia, além de habilitações em fitoterapia, terapia floral, hipnose, laserterapia, odontologia antroposófica e ozonioterapia, reforça essa perspectiva na APS<sup>14,15</sup>.

Diversas abordagens das Pics, portanto, são indicadas como opções viáveis para os cirurgiões-dentistas no cuidado aos usuários<sup>16</sup>. Embora institucionalizadas no SUS, a implementação das Pics na Estratégia Saúde da Família (ESF), pela perspectiva da odontologia, é um campo inédito de estudo.

Perante o exposto, buscou-se compreender como se constitui a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF do município de Vitória-ES quanto à incorporação e à implementação das Pics na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e da recuperação da saúde.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com perspectiva qualitativa, analisando entrevistas de 40 cirurgiões-dentistas, lotados nas 25 unidades de ESF, da Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória-ES, de abril a julho de 2023, abrangendo suas seis regiões de saúde: Santo Antônio, Maruípe, São Pedro, Forte de São João, Continental e Centro. A amostra foi definida por saturação, representando a diversidade e a complexidade das perspectivas dentro da população de interesse, alcançando equivalência nos dados coletados.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa compreenderam: ser cirurgião-dentista atuante na ESF de Vitória-ES, sem considerar idade, sexo ou tempo na função. Aqueles impossibilitados de responder às questões durante o período de coleta de dados devido a afastamento legal ou ausência das unidades após três tentativas de contato foram considerados nos critérios de exclusão. Os profissionais receberam uma carta-convite com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), detalhando informações relativas ao estudo e solicitando sua participação. O trabalho contribui para a dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Neste estudo, o conceito de percepção segue Merleau-Ponty<sup>17(63)</sup>:

A percepção é a presença no momento em que as coisas, as verdades, os valores são constituídos; essa percepção é um logos nascente; que ensina, fora de todo dogmatismo, as verdadeiras condições da própria objetividade; que isso convoca para tarefas de conhecimento e ação. Não se trata de reduzir o conhecimento humano à sensação, mas de assistir ao nascimento desse conhecimento, para torná-lo tão sensível quanto o sensível, para recuperar a consciência da racionalidade.

O perfil dos entrevistados foi delineado considerando local de trabalho, tempo de

exercício funcional, vinculação profissional, pós-graduação e execução de Pícs na prática profissional. Realizou-se uma entrevista preliminar de aculturação, correspondendo à mesma entrevista da coleta de dados, com o objetivo de familiarização do pesquisador com o cenário de pesquisa. Para a coleta de dados, empregou-se entrevista semiestruturada, agendada previamente, conforme disponibilidade dos cirurgiões-dentistas, no cenário de pesquisa em ambiente reservado. As entrevistas foram guiadas por dois mestrandos, capacitados para aplicação de roteiros padronizados, previamente elaborados, sendo as perguntas respondidas oralmente e registradas por meio de gravações e anotações simultâneas, com duração média de 30 minutos, transcritas na íntegra e arquivadas pelo autor da pesquisa.

A análise de conteúdo, baseada no método de Bardin<sup>18</sup>, abrange um conjunto de técnicas analíticas para examinar as enunciações, buscando inferências significativas sobre os temas emergentes de forma sistemática e objetiva. Os dados foram ordenados englobando três etapas: 1) pré-análise, durante a qual se fez a leitura flutuante do material, pretendendo identificar as percepções dos participantes quanto à incorporação e à implementação das Pícs; 2) exploração do material, que abarcou a leitura acurada dos sentidos identificados, objetivando a síntese de pontos convergentes e divergentes proeminentes; e 3) interpretação dos resultados.

A análise do material empírico revelou dez subcategorias: convicções sobre Pícs; experiência pessoal e profissional em Pícs; oferta de Pícs na ESF; contribuição para a saúde bucal; regulamentação pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO); potencialidades e desafios na oferta das Pícs; educação permanente em Pícs; interesse em formação específica; conhecimento sobre a PNPIC e PMPICS; e aplicação dos princípios da PNPIC e PMPICS na ESF. A partir dessas subcategorias, emergiram três categorias centrais: entendimento sobre Pícs; percepção sobre incorporação e implementação das Pícs; e percepção sobre políticas de Pícs (*quadro 1*).

Quadro 1. Subcategorias, categorias e respectiva descrição. Vitória-ES, 2023

Subcategorias	Categorias	Descrição das categorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Convicção sobre Pics</li> <li>» Experiência pessoal e profissional em Pics</li> </ul>	Entendimento sobre Pics	Crenças e experiências dos cirurgiões-dentistas em relação às Pics, refletindo suas convicções e vivências pessoais e profissionais.
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Oferta de Pics na ESF</li> <li>» Contribuição para a saúde bucal</li> <li>» Regulamentação pelo CFO</li> <li>» Potencialidades e desafios na oferta das Pics</li> <li>» Educação permanente em Pics</li> <li>» Interesse em formação específica</li> </ul>	Percepção sobre Incorporação e Implementação das Pics	Visão dos cirurgiões-dentistas sobre a integração das Pics na ESF, incluindo aspectos práticos, regulatórios e formativos, bem como desafios e potencialidades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>» Conhecimento sobre a PNPIC e a PMPICS</li> <li>» Aplicação dos princípios da PNPIC e a PMPICS na ESF</li> </ul>	Percepção sobre Políticas de Pics	Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as políticas nacional e municipal de Pics e a aplicação de seus princípios na prática dentro da ESF.

Fonte: elaboração própria.

CFO: Conselho Federal de Odontologia; ESF: Estratégia Saúde da Família; Pics: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; PNPIC: Política Nacional em Práticas Integrativas e Complementares; PMPICS: Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

A análise dos dados foi aprimorada pelo uso do *software* MAXQDA, uma ferramenta que contribui para a precisão da investigação qualitativa. Ademais, garantindo a clareza e a integralidade da pesquisa, utilizou-se o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq), um *check-list* destinado a textos provenientes de estudos dessa natureza<sup>19</sup>.

Esta pesquisa aderiu aos princípios éticos estabelecidos para estudos envolvendo seres humanos, alinhando-se às diretrizes da Resolução n° 466<sup>20</sup>, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram codificados com a inicial 'CD' (cirurgião-dentista), seguidas por um numeral designado aleatoriamente entre 1 e 40. O projeto recebeu aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola Técnica e Formação Profissional da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, CAAE: 63122522. 1 .0000. 5060, sob o parecer n° 5696.573.

## Resultados e discussão

As 25 unidades de ESF distribuídas nas seis regiões de saúde municipais foram contempladas, proporcionando um panorama das percepções dos cirurgiões-dentistas atuantes. Das 62 equipes de saúde bucal na ESF, cada uma contendo um cirurgião-dentista, resultou uma amostra de 40 entrevistados por meio de amostragem de saturação, conforme descrito anteriormente.

A maioria dos profissionais, 60% (n = 24), atua há mais de 10 anos na profissão, refletindo ampla e consolidada experiência dos cirurgiões-dentistas na ESF do município. Sobre a vinculação profissional, são expressivamente efetivos, 90% (n = 36), sendo que 55% (n = 22) deles realizam alguma Pics em sua prática profissional. Ademais, em relação à pós-graduação, todos os entrevistados possuem ao menos uma especialização, com as áreas mais comuns sendo saúde coletiva com 37,5% (n = 15), saúde da família com 35% (n = 14) e políticas públicas com 15% (n = 6), entre outras pós-graduações citadas, ressaltando a diversidade e a profundidade da formação dos cirurgiões-dentistas (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização dos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Vitória-ES – Brasil, 2023

<b>Variáveis</b>		
<b>Local de trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Santo Antônio	3	7,5
Maruípe	11	27,5
São Pedro	7	17,5
Forte São João	6	15,0
Continental	6	15,0
Centro	7	17,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de atuação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Até 5 anos de trabalho	8	20,0
De 5 a 10 anos de trabalho	8	20,0
Acima de 10 anos	24	60,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Vinculação profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Efetivo	36	90,0
Contrato	4	10,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Pós-graduação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Saúde Coletiva	15	37,5
Saúde da Família	14	35
Políticas Públicas	6	15,0
Outras*	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Conhecimento sobre PNPIC e PMPICS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desconhece	19	47,5
Conhece superficial	10	25,0
Conhece bem	11	27,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Execução de Pics na prática profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	22	55,0
Não	18	45,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
<b>Formação em laserterapia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Habilitação (realizada no setor privado)	08	20,0
Capacitação (realizada no setor privado)	03	7,5
Capacitação (realizada no setor público)	22	55,0
Sem formação em laserterapia	07	17,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaboração própria.

\*Endodontia, prótese/implantes dentários, odontopediatria, ortodontia e odontologia do trabalho.



## Entendimento sobre Pícs

Esta categoria evidencia o entendimento unânime dos entrevistados sobre as Pícs como complementar à medicina convencional, priorizando a saúde integral. São percebidas como abordagens holísticas, fundamentadas em saberes tradicionais, com relatos de resultados promissores na prática clínica.

*Eu entendo como tratamentos complementares, que auxiliam no nosso tratamento clínico. E ajudam não só a saúde da boca, mas a saúde integral. (CD4).*

*Eu penso que são recursos adicionais para nossa prática diária, prevenção das doenças, uma terapia holística, que vem agregar àquela medicina convencional, que a gente já vê, na prática, os resultados promissores. (CD39).*

Ao concordar com as percepções expostas pelos cirurgiões-dentistas, a pesquisa destaca que as Pícs proporcionam uma visão expandida do ser humano e do universo ao seu redor. Enfatiza-se a integralidade da relação saúde-doença e considera-se o indivíduo dentro de uma perspectiva global, prezando sua individualidade<sup>2</sup>.

A transparência entre as convicções dos entrevistados e as definições oficiais fortalece o entendimento das Pícs como práticas alinhadas aos princípios estabelecidos por órgãos de referência em saúde. Complementando, compartilharam vivências relacionadas com as Pícs, refletindo familiaridade com acupuntura, homeopatia, laserterapia, fitoterapia, entre outras abordagens. Outrossim, reconheceram efeitos terapêuticos positivos, enriquecendo a percepção dos profissionais sobre o potencial das Pícs na APS.

*No trabalho, eu gosto de indicar os chás. Para a questão do bruxismo, para ter um sono mais tranquilo, criar o hábito... no pessoal eu já fiz acupuntura, homeopatia, laserterapia também... a fitoterapia eu uso muito... e a aromaterapia com óleo essencial da lavanda e do hortelã-pimenta. (CD9).*

*Na minha experiência pessoal, eu tive mais contato com a homeopatia, acupuntura e reiki. Profissionalmente foi mais com a fitoterapia. (CD10).*

Esses achados corroboram as observações de Dalmolin e Heidemann<sup>21</sup>, ressaltando que as Pícs são mais que métodos alternativos ou complementares de tratamento, as quais representam abordagens de cuidado em saúde que englobam a totalidade do ser humano, enfatizando o autoconhecimento, a melhoria da qualidade de vida e a corresponsabilidade no processo saúde-doença-cuidado. Essa harmonia nas percepções reflete uma crescente valorização das Pícs no contexto da saúde contemporânea.

Além disso, ao contrastar esses achados com a literatura, nota-se uma mudança significativa no entendimento e na aplicação das Pícs por parte dos cirurgiões-dentistas. Enquanto Lima Júnior et al.<sup>22</sup> apontaram escassez de conhecimento e formação nesse grupo profissional, os dados atuais indicam aumento na familiaridade e uso prático das Pícs na odontologia. Essa tendência sugere uma evolução na formação odontológica e na adoção de práticas holísticas na saúde bucal.

## Percepção sobre incorporação e implementação das Pícs

A incorporação e a implementação das Pícs na ESF sob a ótica da odontologia emergiram em um cenário multifacetado e interprofissional. A laserterapia surgiu como inovação no escopo da odontologia. A auriculoterapia sendo realizada por várias categorias profissionais, enquanto a fitoterapia, incluindo jardins terapêuticos em diferentes unidades, sublinhou o valor das terapias naturais e a sustentabilidade. Outras práticas ofertadas foram citadas, reforçando a visão integral. Além disso, a percepção do impacto positivo na vida dos usuários destacou a eficácia e o potencial transformador das Pícs na prática do cuidado na ESF.

*Eu estou usando agora a laserterapia na odontologia... na unidade, a enfermeira da equipe abraçou a causa e tá usando a auriculoterapia juntamente com o laser, e a aromaterapia com óleos essenciais, tá funcionando muito bem pra paciente, e até deixando de fumar, entendeu? (CD8).*

*A gente tem uma horta medicinal na unidade, um jardim terapêutico. Já fomos até premiados por conta disso... eles mantêm bem vivo o jardim, fazem o chá, as águas saborizadas, o alimento do dia, com ingredientes da nossa horta, entendeu? (CD39).*

O avanço das Pics, refletido nas experiências relatadas neste estudo, ressoa com a perspectiva de Telesi<sup>23</sup> sobre novos modos de aprender e praticar a saúde. Assim, caracterizadas pela interdisciplinaridade e abordagens próprias, as Pics se contrapõem ao modelo de saúde tecnológico e lucrativo, enfatizando uma abordagem integral que engloba a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde do ser humano em sua totalidade.

Os dados analisados evidenciaram ainda percepções relevantes sobre a contribuição das Pics para a saúde bucal, destacando o conhecimento de sua aplicação diversificada e eficácia em diferentes situações clínicas.

*Laserterapia, eu faço aqui para várias situações na boca, sensibilidade dentinária, lesão traumática, ajuda muito a cicatrizar e melhorar também no pós-operatório. Sempre prescrevi própolis para aftas. Algumas medicações fitoterápicas são manipuladas, que ajudam paciente que tem bruxismo, tem também para periodontia, né, e que dá resultado. Coloco música clássica, sons da natureza, já utilizei aromaterapia com lavanda, com capim-limão. (CD11).*

*Contribui muito. Principalmente na parte da acupuntura, para as dores orofaciais, e a questão da fitoterapia, muito positivo. Tem a questão da ansiedade do tratamento, né, que o reiki poderia ajudar pra quem tem muito medo. Você tem uma vasta possibilidade. (CD6).*

A conexão entre as Pics e a saúde bucal ressalta sua relevância na odontologia, como observou-se em Lucas et al.<sup>24</sup>, em que indivíduos que adotam as Pics, geralmente mais atentos ao seu bem-estar integral, também são mais proativos no que diz respeito à saúde geral e bucal, demonstrando maior frequência na busca por serviços odontológicos no sistema de saúde.

Os resultados deste estudo indicam um início promissor na incorporação das Pics na odontologia da ESF, visto que diversificam as opções de cuidado e contribuem para humanização do atendimento ao aproximar cirurgiões-dentistas e usuários, promovendo uma abordagem mais holística e integrada na saúde bucal, alinhada aos princípios do SUS

Nesse sentido, a pesquisa reforça a visão de Carvalho et al.<sup>16</sup>, que salientaram a importância das Pics na odontologia como meio de reduzir o distanciamento entre profissional e usuário, enfatizaram a necessidade de uma compreensão histórica e conceitual profunda, assim como o conhecimento das modalidades das Pics pelos profissionais de saúde no SUS, inclusive cirurgiões-dentistas.

Assim, as percepções dos entrevistados neste estudo também sinalizam a direção na qual o uso das Pics promove uma maior participação dos indivíduos em suas decisões de tratamento, potencializando sua resposta e o sentimento de bem-estar<sup>25</sup>. Essas práticas são consideradas importantes para o autocuidado em saúde bucal e podem estimular as pessoas a procurarem cuidados odontológicos regulares<sup>24,26</sup>.

Quanto às potencialidades na oferta, os resultados revelam uma percepção favorável dos cirurgiões-dentistas. As mais destacadas incluem a diversidade de opções terapêuticas para a promoção da saúde integral, a aceitação pela comunidade, o custo financeiro reduzido, a presença de referência técnica municipal e a infraestrutura de suporte do município.

*Eles aceitaram bastante, essas coisas têm filas de gente querendo ir. (CD15).*

*E pelo fato de ter um custo menor, vai ao encontro de um dos grandes problemas do SUS, né? (CD11).*

*A estrutura que o município de Vitória tem é muito boa, das unidades de saúde, é referência no Estado... Tem profissionais capacitados, tem a referência técnica, atuantes à frente dessas políticas de Pics, para implantação e implementação. (CD10).*

A evidência de múltiplas potencialidades das Pics na ESF, identificadas neste estudo, encontra respaldo nos achados de Barros et al.<sup>27</sup>, que destacaram benefícios como o fortalecimento do vínculo entre usuários e unidades de saúde, a redução de gastos com medicação, a melhora na autoestima e na qualidade de vida, além da promoção de um atendimento mais humanizado e integral. Em consonância com esses achados, Tesser<sup>25</sup> ressaltou que existe um aumento na demanda por Pics entre os usuários.

A perspectiva deste estudo também alinha-se à de Barros et al.<sup>28</sup> ao sublinharem que os benefícios das Pics transcendem os usuários, impactando os profissionais de saúde, ao promover a integração interprofissional, melhorar a organização do trabalho, fortalecer o vínculo com a comunidade e aprimorar o vínculo profissional-comunitário, destacando-as como um instrumento valioso, principalmente na APS, tendo em vista a distribuição dos serviços de Pics por nível de complexidade no Brasil: atenção básica 78%, média 18% e alta 4% na APS<sup>29</sup>.

Sobre a presença de referência técnica municipal e de infraestrutura de suporte no município de Vitória-ES, no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, houve o comprometimento em institucionalizar a PMPICS. Essa oficialização ocorreu em 2013, com a nova gestão de saúde, que expandiu as responsabilidades da área técnica de fitoterapia criando a área técnica de Pics no município<sup>6</sup>.

Além das potencialidades, desafios importantes foram mencionados pelos cirurgiões-dentistas na implementação das Pics na ESF, como deficiência na divulgação das práticas,

falta de incentivo à capacitação, apoio insuficiente e carência de pactuação entre os diferentes níveis de gestão, e rotatividade de profissionais da equipe.

*O desafio maior é a conscientização e a informação, da população e de profissionais. Eu acho que poderia capacitar os profissionais. (CD7).*

*Não existe uma pactuação de oferta desse serviço aqui com a gestão, aqui dentro da unidade não. (CD17).*

*Há uma rotatividade grande de profissionais. (CD39).*

Este estudo apoia Aguiar et al.<sup>30</sup> ao assinalarem que, apesar da existência de uma política nacional de Pics, em muitos cenários, a implementação ocorre de forma autônoma, impulsionada por profissionais engajados e limitada pela falta de planejamento estratégico de gestão e recursos alocados para tal. Esse cenário é reforçado por Tesser et al.<sup>31</sup> ao apontarem que, quando tais profissionais deixam o estabelecimento, a oferta das Pics tende a ser extinta.

Contudo, é relevante notar que 90% (n = 36) dos cirurgiões-dentistas entrevistados nesta pesquisa têm vínculo efetivo (*tabela 1*). Essa estabilidade sugere um potencial maior para implementar e manter as Pics de forma contínua, mitigando o desafio da rotatividade. Assim, a predominância de cirurgiões-dentistas estáveis no município estudado favorece a continuidade das Pics na ESF local.

No contexto da educação permanente em Pics, foram citadas participações em capacitações de curta duração, concentradas em laserterapia, fitoterapia e reiki. Dentre essas capacitações, a de laserterapia, realizada no setor público, foi a mais destacada, sendo mencionada por 55% (n = 22) dos entrevistados (*tabela 1*).

*Eu já fiz um curso de fitoterapia, foi pela prefeitura mesmo. (CD21).*

*Eu fiz um curso de reiki, com a área técnica. (CD38).*

Contudo, enfrentam-se desafios, como a oferta restrita de capacitações e uma diversidade limitada nas modalidades de Pics abordadas, além de dificuldades na pactuação entre os diferentes níveis de gestão para a inclusão dos cirurgiões-dentistas nas capacitações quando disponibilizadas.

*Eu queria fazer um curso de fitoterapia e reiki, eles negaram, existe uma dificuldade do gerente da unidade de liberar a gente. Para fazer eu teria que fazer num fim de semana, teria que fazer um investimento financeiro particular. (CD23).*

*Poderíamos atuar mais em Pics com capacitações, que vejo que funciona muito. Seria mais produtivo... Temos gestores em diversas instâncias, né? Local, central, e na Etsus, que é a escola técnica. Eles poderiam oferecer mais cursos para profissionais. Porque os dentistas querem fazer, têm interesse. (CD9).*

Diante dos desafios relatados anteriormente, percebe-se uma lacuna no conhecimento dos profissionais em relação às Pics, destacando-se a necessidade de capacitações e a ampliação da divulgação das informações<sup>32</sup>. Além disso, evidenciou-se a falta de apoio da gestão para a inclusão dos profissionais nas capacitações em Pics<sup>30</sup>.

Dos resultados, emergiu o interesse unânime dos cirurgiões-dentistas em formação adicional em Pics. Entre as mais citadas, estão acupuntura com 30% (n = 12), laserterapia com 25% (n = 10) e fitoterapia com 15% (n = 6), demonstrando a busca por habilidades complementares que enriqueçam sua atuação na ESF.

*A acupuntura. Enfim, um mundo de capacitações em Pics que eu teria vontade de fazer. (CD3).*

*Eu pretendo fazer habilitação em laserterapia, que eu gosto e leio muito sobre. E a fitoterapia que eu costumo atuar junto aos pacientes. (CD9).*

Tesser et al.<sup>31</sup>, em consonância com o presente estudo, apontaram que a formação em Pics no Brasil é limitada e pouco abrangente, concentrando-se em instituições privadas de ensino, fato também evidenciado por Barros et al.<sup>33</sup>. Além disso, Soares et al.<sup>34</sup> observaram que a insuficiência de profissionais capacitados e de investimento em tecnologias de cuidado mais simples dificulta a implementação das Pics no SUS. Diante disso, Nascimento et al.<sup>35</sup> apontam que expandir a especialização em Pics comprometida com os princípios do SUS representa um desafio para o ensino dessas práticas.

A conduta desses profissionais deve refletir as diretrizes das políticas de saúde do SUS, fundamentada em bases técnico-científicas, éticas e humanísticas, integradas desde o início da formação até o decorrer da carreira profissional<sup>35</sup>. Essa postura ideal, já identificada nos cirurgiões-dentistas entrevistados, demonstra um alinhamento com as expectativas do SUS. No entanto, os desafios relacionados com as capacitações em Pics limitam a capacidade plena desses profissionais em contribuir para a promoção da saúde integral.

Assim, a formação de profissionais de saúde deve focar o desenvolvimento de habilidades para uma abordagem integral da saúde. Isso inclui a incorporação da alfabetização em saúde desde o início da graduação, integrando-a na avaliação global e na anamnese dos indivíduos, sendo vital para a promoção da saúde integral<sup>36</sup>.

Em relação à PNPIC e à regulamentação das Pics pelo CFO, houve apoio unânime expresso pelos entrevistados, consolidando sua legitimidade na prática odontológica no SUS e evidenciando seu crescente reconhecimento. Contudo, apenas uma pequena parcela dos cirurgiões-dentistas, 25% (n = 10), estava ciente dessa regulamentação pelo CFO, enquanto a maioria não tinha conhecimento, 45% (n = 18), ou possuía uma compreensão superficial, 30% (n = 12).

*E eu acho importante, porque fortalece a luta de quem vem tentando aumentar a inserção das Pics no sistema. (CD6).*

*Pra gente poder utilizá-las com aval do conselho, né! (CD38).*

O CFO tem atuado na formulação de recomendações para fortalecer as Pícs no SUS, incluindo a odontologia, por meio de reuniões on-line. Simultaneamente, o debate sobre as Pícs prossegue no CNS, prorrogado pela Comissão Intersetorial de Proteção, Promoção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde<sup>37</sup>.

Entretanto, a lacuna identificada ressalta a urgência de melhores estratégias de divulgação, garantindo que os cirurgiões-dentistas estejam informados sobre as políticas e regulamentações das Pícs. Exemplificando, o CRO do Rio Grande do Norte criou a Comissão das Pícs, por meio da Portaria nº 9/2018, para suscitar o conhecimento e a aplicação das Pícs, além de orientar a população<sup>38</sup>.

### Percepção sobre políticas de Pícs

Esta categoria revelou uma lacuna entre a prática das Pícs e o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da ESF sobre as políticas de Pícs: apenas 27,5% (n = 11) dos 40 entrevistados estão bem informados sobre a PNPIC e a PMPICS (tabela 1).

*A Referência Técnica de Pícs sempre colocava na rede as diretrizes, as leis, tudo. Então, eu sei que tem. (CD35).*

*Tanto a nacional como a municipal eu já sabia. Isso é de investigação própria mesmo. (CD39).*

Entre os que demonstraram conhecimento, foram expressas percepções positivas.

*As leis têm objetivos interessantes, que fazem com que as pessoas possam ser atendidas de forma integral, mais humanizada. E a questão também de você poder fazer a prevenção dos agravos, estar promovendo a saúde de fato com o paciente, com ênfase na atenção básica, e também no autocuidado. (CD9).*

Ressaltaram, ainda, a importância da institucionalização dessas políticas no contexto da APS.

*Porque, na realidade, você fazer algo que tenha uma proteção. Assim, uma lei que rege dizendo que aquilo ali é certo. E outra questão, que vai dar a direção, né? (CD8).*

Entretanto, a maioria relatou conhecimento superficial, 25% (n = 10), ou desconhecimento, 47,5% (n = 19), a respeito da PNPIC e da PMPICS (tabela 1).

*Então, eu sei que ela existe, mas eu nunca li e nem estudei a fundo as diretrizes. (CD6).*

*Não, não cheguei a conhecer. (CD3).*

Estes achados corroboram os de Thiago et al.<sup>32</sup>, que constataram desconhecimento das diretrizes de implantação das Pícs entre profissionais da ESF apesar de concordarem com sua inclusão no SUS e de demonstrarem interesse em capacitações.

Os resultados indicam a necessidade de ampliar a divulgação das diretrizes políticas existentes, bem como de investir em educação permanente, para garantir a eficácia da implementação das Pícs na ESF.

### Considerações finais

A compreensão e a aceitação das Pícs pelos cirurgiões-dentistas entrevistados evidenciam seu potencial na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde integral, alinhando-se com as diretrizes da PNPIC e da PMPICS, sinalizando uma posição privilegiada para incorporação e implementação dessas práticas no âmbito da APS.

A oferta das Pícs evolui em um cenário promissor, multifacetado e interprofissional. Ademais, revela profissionais engajados e com percepções positivas sobre o processo de implementação das Pícs na ESF, como

diversidade de opções terapêuticas para a promoção da saúde integral, aceitação pela comunidade, custo financeiro reduzido, presença ativa de referência técnica municipal em Pícs e adequada infraestrutura de suporte do município. Ainda assim, com resiliência e comprometimento, enfrentam desafios, tais como deficiência na divulgação das práticas, falhas no incentivo e na oferta de capacitação em Pícs, carência de pactuação entre os diferentes níveis de gestão, além da rotatividade de profissionais em algumas equipes.

Existe uma lacuna no conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as políticas de Pícs e as regulamentações odontológicas específicas, apesar do apoio à inclusão das Pícs no SUS e do interesse em capacitações, indicando a necessidade premente de ampliar a divulgação e de fortalecer a educação permanente para garantir uma implementação mais eficaz das Pícs na ESF.

As limitações deste estudo incluem a amostra restrita a cirurgiões-dentistas da ESF. Sugerem-se, portanto, pesquisas futuras por meio de estudos multicêntricos e comparações de contextos de atuação de outras categorias

que compõem essas equipes para investigações mais abrangentes na APS.

## Colaboradoras

Alvarenga ACC (0000-0002-9495-0001)\* e Thomes CR (0000-0003-3522-5368)\* contribuíram para a concepção e projeto da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada; e responsabilidade pela integridade de qualquer parte do trabalho. Xavier FG (0000-0002-8256-8112)\* contribuiu para a concepção e projeto da obra; análise e interpretação de dados; redação e revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Siqueira MM (0000-0002-6706-5015)\* contribuiu para a concepção e projeto da obra; análise e interpretação de dados; revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

## Referências

1. World Health Organization. Who Traditional Medicine Strategy 2014-2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2023 set 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. PNPIC-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2023 set 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf)
3. Habimorad PH, Catarucci FM, Bruno VH, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(2):395-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPIC [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2023 set 15]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe\\_pics\\_maio2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf)

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



5. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 mar 21 [acesso em 2023 out 18]; Edição 56; Seção I:74. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)
6. Sacramento HT. Vitória, Espírito Santo (ES): experiência exitosa em Práticas Integrativas e Complementares (PICs). *J Manag Prim Heal*. 2017;8(2):333-42. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.556>
7. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(98):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>
8. Ruela LO, Moura CC, Gradim CV, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(11):4239-4250. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
9. Tesser CD, Souza IM. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde soc*. 2012;21(2):336-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>
10. Machado DC, Czermainski SB, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. *Saúde debate* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 set 15];36(95):615-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HXjxZqZYbMMnqB4j9L-FMvst/abstract/?lang=pt>
11. Fontenele RP, Sousa DM, Carvalho AL, et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(8):2385-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023>
12. Bruning MC, Mosegui GB, Vianna CM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(10):2675-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000017>
13. Simões SC. Odontologia integrativa: abordagem sistêmica na odontologia. *Rev Fitos*. 2020;14(3):407-9. DOI: <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2020.921>
14. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução nº 82, de 25 de setembro de 2008. Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 out 1 [acesso em 2023 set 12]; Edição 190; Seção I:90. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2008/82>
15. Conselho Federal de Odontologia (BR). Resolução nº 160, de 02 de outubro de 2015. Reconhece a acupuntura, homeopatia e odontologia do esporte como especialidades odontológicas [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2015 out 7 [acesso em 2023 set 13]; Edição 192; Seção I:124. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFO-160-15-novas-especialidades.pdf>
16. Carvalho ML, Soares Filho JC, Silva CJ. Práticas integrativas e complementares em odontologia. *Rev saúde coletiva*. 2021;11(71):9043-54. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i71p9043-9054>
17. Merleau-Ponty M. O primado da percepção e suas consequências filosóficas. Campinas: Papirus Editora;1990. p. 63.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2016.
19. 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 Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2023 dez 12]; Seção I:59. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
21. Dalmolin IS, Heidemann IT. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. *Rev Latino-Am.* 2020;28(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>
22. Lima Júnior JF, Dimenstein M. Fitoterapia na Saúde Pública em Natal/RN: visão do odontólogo. *Saúde Rev* [Internet]. 2006 [acesso em 2023 out 05];8(19):37-44. Disponível em: <https://docplayer.com.br/12710678-A-fitoterapia-na-saude-publica-em-natal-rn-vi-sao-do-odontologo.html>
23. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud Av.* 2016;30(86):99-112. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.00100007>
24. Lucas AS, Fagundes ML, Amaral Júnior OL, et al. Associação entre práticas integrativas e complementares em saúde e uso de serviços odontológicos em idosos no Brasil: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde.* 2019;31(3):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300007>
25. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(8):1732-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>
26. Arcury TA, Bell RA, Anderson AM, et al. Oral health self-care behaviors of rural older adults. *J Public Health Dent.* 2009;69(3):182-9. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fj.1752-7325.2009.00121.x>
27. Barros LC, Oliveira ES, Hallais JA, et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081>
28. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate.* 2018;41(1):163-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>
29. Ministério da Saúde (BR). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; [sem data]; Saúde de A a Z. Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) [Internet]. [acesso em 2023 dez 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>
30. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas integrativas e complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate.* 2019;43(123):1205-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
31. Tesser CD, Souza IM, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate.* 2018;42(1):174-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112>
32. Thiago SC, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública.* 2011;(45)2:249-257. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000002>
33. Barros NF, Siegel P, Otani MA, organizadores. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.
34. Soares RD, Pinho JR, Tonello AS. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão. *Saúde debate.* 2022;44(126):749-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012612>
35. Nascimento MC, Romano VF, Chazan AC, et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(2):751-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>



36. Siqueira MM, Carvalho MT. Enfermagem em saúde mental: promoção, prevenção e cuidado. 1. ed. Curitiba: Appris; 2022.
37. Conselho Nacional de Saúde (BR). CFO contribui com o fortalecimento das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS [Internet]. Brasília, DF. 2021 mar 17 [acesso em 2023 dez 12]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/cfo-contribui-com-o-fortalecimento-das-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-no-sus/>
38. Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte (RN). Conheça as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Odontologia [Internet]. Natal: CRORN; 2019 abr 11 [acesso 2023 set 14]. Disponível em: <https://www.crorrn.org.br/artigos/ver/111#:~:text=A%20comiss%C3%A3o%20das%20PICS%20%C3%A9,%2D2152>

---

Recebido em 21/11/2023  
Aprovado em 15/05/2024  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Leonor Maria Pacheco Santos

## Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa

### *Institutionalizing the evaluation and monitoring of Primary Health Care in the SUS: contributions to a strategic research agenda*

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>1</sup>, Fúlvio Borges Nedel<sup>2</sup>, Rosana Aquino<sup>1</sup>, Sandro Rogério Rodrigues Batista<sup>3,4</sup>, Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>5</sup>, Geraldo Cunha Cury<sup>6</sup>, Maria Helena Magalhães de Mendonça<sup>7</sup>, Thiago Dias Sarti<sup>5</sup>, Luiz Augusto Facchini<sup>8</sup>, Lígia Giovanella<sup>9</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E29249P

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.  
analuvilas@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública (SPB) – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina (FM) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Departamento de Medicina Social (DMS) – Vitória (ES), Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina (FM) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>7</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>8</sup>Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Departamento de Medicina Social (DMS) – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>9</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

(Em nome da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde – Rede APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco)

**RESUMO** A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS). Fortalecê-la exige permanente avaliação de seus processos e resultados. A Rede de Pesquisa em APS (Rede APS) promove intenso debate sobre o fortalecimento do modelo de APS de base territorial, comunitária e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Este ensaio tem o objetivo de apresentar um histórico das iniciativas de monitoramento e avaliação da APS brasileira e a proposição de uma agenda de pesquisa implicada com a consolidação do SUS e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). É resultante da reflexão crítica acerca da produção de conhecimento sobre APS no Brasil, fruto do debate em torno da agenda política e estratégica da Rede APS com participação de atores setoriais. A agenda está estruturada em oito eixos centrais, considerando o modelo de APS a ser integrado às redes de atenção, gestão e financiamento, gestão do trabalho, saúde digital, infraestrutura, atenção integral à saúde, e monitoramento e avaliação. A Rede APS defende a universalização da cobertura por uma ESF qualificada e a construção de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para orientar a gestão e o cuidado da APS no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Pesquisa. Sistema Único de Saúde. Brasil.

**ABSTRACT** *Primary Health Care (PHC) is the base of the Unified Health System (SUS). Strengthening it requires constant evaluation of its processes and outcomes. The PHC Research Network (Rede APS) is promoting an intense debate on strengthening the PHC model, which is territorialized, community-based, and organizes the Health Care Network in the SUS. This essay aims to present a history of initiatives to monitor and evaluate Brazilian PHC and to propose a research agenda involved in consolidating the SUS and strengthening the Family Health Strategy (ESF). It is the result of a critical reflection on the production of knowledge on PHC in Brazil, the fruit of a debate on the political and strategic agenda of the PHC Network with the participation of sectoral actors. The agenda is structured around eight central axes, considering the PHC model to be integrated into care networks, management and financing, work management, digital health, infrastructure, comprehensive health care, and monitoring and evaluation. The PHC Research Network advocates universal coverage by a qualified ESF and the construction of a National Monitoring and Evaluation Policy to guide PHC management and care in the SUS.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Research. Unified Health System. Brazil.*



## Introdução

A universalidade do direito à atenção à saúde integral e longitudinal exige a conformação de sistemas nacionais de saúde organizados por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) ordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) que deve orientar o percurso do paciente pelo sistema<sup>1</sup>. Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado notavelmente na cobertura, na qualidade e nos resultados da APS, assim como na organização de RAS<sup>1,2</sup>. Não obstante, gargalos importantes permanecem – relativos ao subfinanciamento do SUS, à escassa oferta pública de serviços nas RAS regionalizadas e à insuficiência de profissionais formados e valorizados para o trabalho em APS de orientação comunitária que alie a qualidade clínica do cuidado individual com o enfoque coletivo.

O trabalho em APS requer uma equipe multiprofissional de prática generalista que execute ações individuais e coletivas com cidadãos e usuários do serviço, residentes em determinado território definido geograficamente com base em critérios socioculturais, como aspectos históricos de formação do bairro, existência de associações comunitárias, esportivas, políticas ou recreativas, e uso desses e outros equipamentos e serviços pela população.

A APS no Brasil tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial prioritário, e está capilarizada em todo o País. A ESF, ainda que sem conseguir exercer plenamente a coordenação do cuidado e oferecer uma cobertura integral, avança para um modelo de atenção vigilante da saúde da pessoa e da comunidade<sup>3</sup>.

A promoção da melhoria do acesso e da qualidade da APS no SUS requer a institucionalização de uma política nacional de avaliação e monitoramento. Ao longo do século XX, o campo da avaliação em saúde se expandiu significativamente, fornecendo conceitos e ferramentas essenciais para auxiliar no processo de planejamento e implementação de

programas e serviços de saúde, analisando seus resultados em termos de efetividade, eficiência e equidade. Apesar de persistirem problemas relevantes na institucionalização desses processos no SUS, é impensável construir um SUS de qualidade para a população sem investimentos robustos em avaliação que municie gestores, profissionais e controle social de informações adequadas para a orientação de rumos das políticas de saúde<sup>4,5</sup>.

Nesse âmbito, o registro, a transmissão e o uso da informação em saúde têm importância fundamental para a coordenação do cuidado, o planejamento local e o planejamento em rede, além de permitir o monitoramento de indicadores e facilitar os processos de monitoramento e avaliação em saúde.

A ESF beneficiou-se do uso da informação em saúde desde a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), em 1998, até a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>6</sup>. Apesar disso, experimentou-se nos últimos anos uma série de dificuldades para seu monitoramento e avaliação, como o desestímulo financeiro, o fim do PMAQ-AB e, mais recentemente, a centralização da informação em torno dos sete indicadores do Previnir Brasil<sup>7</sup>.

A superação das desigualdades de acesso e a oferta universal de uma APS resolutive e de qualidade dependem também do estabelecimento de processos de monitoramento e pesquisas de avaliação. É necessário não apenas avaliar as ações da APS, mas também identificar os vazios assistenciais, conhecer os grupos populacionais com dificuldades de acesso, populações ‘ocultas’ ou ‘negligenciadas’ e compreender as razões dessas faltas e suas relações com os demais níveis assistenciais.

O desafio atual, portanto, não é apenas monitorar e avaliar as políticas de saúde, mas, sobretudo, institucionalizar a avaliação e torná-la um processo de caráter permanente, alinhado aos princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade e

participação social, com financiamento suficiente, para responder adequadamente às necessidades da população. Isso exige sensibilidade cultural, social e política no sentido de abordar criticamente distintas perspectivas e existências em um país de dimensão continental e profundamente desigual como o Brasil.

Ademais, pesquisas avaliativas da APS podem ser importantes indutoras de melhorias na qualidade da atenção, como bem demonstraram estudos decorrentes do PMAQ-AB em seus três ciclos<sup>2,4</sup>.

Assim, o objetivo deste artigo é, a partir de um breve histórico das iniciativas de avaliação e monitoramento na APS no SUS, apresentar uma Agenda Estratégica de Pesquisa em APS elaborada pela Rede de Pesquisa em APS (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) para informar o debate sobre a institucionalização de uma política nacional de avaliação e monitoramento da APS e para o fomento da pesquisa em APS.

A agenda de pesquisa proposta foi delineada com base nos principais desafios da APS, apontando o papel da pesquisa na produção de conhecimento capaz de subsidiar a tomada de decisão para melhoria do cuidado com equidade. Foi elaborada em processo reiterativo a partir de análises críticas da política nacional de APS e de debates entre grupos de pesquisadores em APS e entidades representativas de profissionais que compõem o comitê gestor da Rede APS, incluindo Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco), Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (Conacs) e representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Antecedentes

O SUS é o maior sistema universal de saúde do mundo; e falar da APS no Brasil é falar de mais de 5.570 municípios diferentes responsáveis por garantir acesso aos serviços de APS e integrar-se nas RAS regionais para garantir acesso oportuno, cada qual com suas desigualdades internas e no âmbito do estado e da macrorregião. Macinko et al.<sup>8</sup> destacam as condições sociodemográficas e a evolução dos investimentos em saúde desde a Constituição de 1988, quando se definiu o direito à saúde para implantação do SUS público, gratuito e universal, com financiamento fiscal e participação dos três níveis de governo. Essa configuração deu ao sistema uma dimensão descentralizada e grande responsabilidade do nível local para instalar e manter os serviços primários de cuidado integral, articulados a uma rede de atenção. Os autores destacam o ritmo acelerado em que esse processo ocorreu e a prioridade dada à ESF com a composição multiprofissional das equipes e sua abordagem comunitária.

A APS brasileira é internacionalmente reconhecida por sua expansão e qualificação desde sua origem, ainda que se reconheça o subfinanciamento crônico, agravado nos governos de inspiração neoliberal. Ao longo da história da saúde da família, muitos relatos de experiência e estudos voltados às mais variadas questões locais e análises mais refinadas metodologicamente apontam a contribuição da saúde da família na melhoria do acesso, na redução de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária<sup>8</sup>, redução das iniquidades étnico-raciais e sociais em saúde<sup>9</sup>, aumento da sobrevivência de idosos<sup>10</sup>, entre outros<sup>11</sup>. Ao mesmo tempo, políticas de convergência nacional buscaram não só avaliar, mas também induzir melhoria nos padrões de qualidade da APS<sup>2,4</sup>.

O campo da avaliação da APS no Brasil acompanha a trajetória da própria constituição do SUS e gradualmente ganhou maior complexidade e destaque nacional e internacional,

tanto em publicações acadêmicas quanto na sua influência sobre as políticas de saúde. Mesmo com retrocessos, como os desmontes de experiências avaliativas provocadas pelo governo Bolsonaro (que abandonou o PMAQ-AB e instituiu o Previne Brasil), observa-se um crescente corpo crítico produzindo rica reflexão sobre a experiência nacional de APS. Além disso, é notável o monitoramento de indicadores da ESF, pelo menos desde 1998, com a criação do Siab, que permitia algum grau de acompanhamento das informações geradas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) em seu cotidiano de trabalho<sup>6</sup>. O Siab foi aprimorado em 1999 e 2002 e seguido por outras experiências, como aquela relacionada com o Pacto pela Saúde e, atualmente, pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e pelo prontuário eletrônico do SUS (e-SUS)<sup>12</sup>.

Em 2011, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) definiu a APS como

[...] responsável pela coordenação do cuidado, através da elaboração, acompanhamento e gestão de projetos terapêuticos singulares e do acompanhamento e organização dos fluxos dos usuários entre os pontos de atenção<sup>13</sup>.

Isso a torna uma das políticas de saúde mais complexas do SUS, tanto em termos de estrutura dos serviços e processos de trabalho quanto em relação aos desafios para a gestão de seu financiamento e articulação nas redes de atenção. Uma política dessa natureza passou por inúmeros processos avaliativos, oscilando desde iniciativas normativas modestas de avaliação de estrutura e processo de caráter local até pesquisas avaliativas voltadas à análise do impacto da APS na saúde da população brasileira<sup>6</sup>, posicionando o Brasil entre os países com maior produção científica qualificada em APS do mundo<sup>14</sup>.

Destacam-se as iniciativas federais de avaliação global e melhoria da qualidade da APS brasileira: os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde

da Família (ELB/Proesf), iniciados em 2005; a Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ), iniciada em 2005, e o PMAQ-AB, realizado em três ciclos entre 2011 e 2018. Em clara ruptura com o PMAQ-AB e seus ciclos, na conjuntura política recente de um governo de extrema-direita (2019-22) com o Programa Previne Brasil, iniciado em 2019, a avaliação ficou a restrita a um conjunto de sete indicadores nunca plenamente implementados. Rompe-se assim o processo de institucionalização de avaliação complexa da APS no SUS.

No período recente, destaca-se ainda a introdução do Primary Care Assessment Tool (PCATool), no âmbito nacional na formulação da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, para abordagem de acesso aos serviços a partir da percepção dos usuários<sup>6</sup>.

A história dessas experiências de avaliação não é uma linha reta de progresso. Há aprendizados, conflitos, conquistas e retrocessos que ainda carecem de um balanço sistemático. De maneira sintética, podem-se vislumbrar algumas questões impulsionadas com a implementação dessas políticas.

Com o Proesf, centrado em municípios com mais de 100 mil habitantes, intensificou-se a realização de avaliações normativas em dimensão nacional. Avaliações normativas, ainda que limitadas em seu potencial explicativo, permitem aos atores envolvidos identificar avanços e lacunas relevantes na estrutura e nos processos a serem considerados pela gestão. Essa forma de avaliar a ESF, em alguma medida, está presente nas experiências da AMQ e do PMAQ-AB, cujos instrumentos de avaliação também trazem algum grau de normatividade sobre o que está sendo feito localmente na APS.

Esses processos propunham metodologias de discussão dos quesitos avaliativos que colocavam em análise o agir dos profissionais e gestores, operando como uma modalidade de educação permanente, possibilitando mudanças imediatas e em curto e médio prazo que impactariam na melhoria do cuidado ofertado à população. Ao mesmo tempo, esse

processo de educação permanente promovido pela AMQ e pelo PMAQ-AB, associado a estratégias cíclicas de avaliação por entes externos ao município, teria o potencial de gerar um movimento permanente e institucionalizado de melhoria da qualidade. A adesão do município ao PMAQ-AB era voluntária, inclusive na quantidade e na seleção de equipes que participariam da pesquisa de avaliação externa realizada pelas universidades. Se a amostragem de conveniência gerou justas críticas, parece ter contribuído para a colaboração dos respondentes, e as críticas se dissiparam ante a crescente adesão de municípios e equipes, além da consistência dos resultados entre os estudos ao longo dos ciclos do Programa<sup>2,4</sup>.

O PMAQ-AB agregou repasses de recursos fundo a fundo com base em métricas de desempenho dos municípios, serviços e equipes de saúde. Os municípios utilizaram esses recursos de maneira heterogênea, mas essa modalidade de transferências financeiras intergovernamentais, inspirada em modelos de pagamento por desempenho, trouxe um elemento à política de avaliação da APS não presente em experiências anteriores.

Um aspecto relevante do PMAQ-AB em seu desenho institucional foi o envolvimento de universidades no processo de avaliação externa, contribuindo para a constituição de um amplo grupo de atores debatendo e participando da avaliação da APS. Desse modo, resultados da avaliação externa foram amplamente analisados em múltiplos enfoques, propiciando informações consistentes para orientar as políticas nacionais.

A Rede APS se constituiu a partir desses processos avaliativos que incluíram outras pesquisas nacionais. Além disso, congregou grupos de pesquisa, associando gradualmente em seu comitê gestor entidades representativas dos profissionais que atuam na APS. Ademais, fomentou a participação de grupos de pesquisa das universidades públicas nos processos de avaliação externa, agregando legitimidade aos processos, e argumentou pela utilização dos instrumentos AMQ como etapa

de autoavaliação do PMAQ-AB. Outrossim, promoveu análises e difusão de resultados com a organização de suplementos especiais de revistas e em seus boletins quinzenais.

Já o Previne Brasil centrou-se em uma avaliação normativa de sete indicadores de saúde relacionados com o processo de trabalho das equipes, atrelando essa avaliação a um pagamento por desempenho, não plenamente implementado. Além disso, o Previne Brasil propôs-se ao acompanhamento da população residente com ‘cadastro ativo’ nos últimos dois anos, o que fere o princípio da universalidade ao centrar transferências financeiras intergovernamentais, para financiamento do sistema, no número de usuários cadastrados sem garantir cobertura universal<sup>6</sup>.

## Para que e por que avaliar a APS?

No caso das políticas públicas, a avaliação é uma ação de cidadania e controle social sobre o cumprimento das obrigações do Estado. Produz informações sobre alcance, fortalezas e debilidades das decisões tomadas e ações empreendidas. Assim, o monitoramento de indicadores e os estudos avaliativos da APS no SUS devem enfatizar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, além dos princípios e atributos da APS. Finalmente, a ação de avaliar não se resume na medida, ela deve provocar mudança, gerar “aprimoramento institucional e profissional”<sup>5(554)</sup>.

A Rede APS, constituída formalmente em 2009, tem desde então impulsionado a produção do conhecimento em avaliação em saúde, especialmente na APS, mediante o aprofundamento de elementos teóricos, metodológicos e técnicos vinculados a análises políticas associadas a fatores contextuais, políticos, socioeconômicos, culturais e ideológicos. No âmbito das práticas de saúde, esforço adicional voltado à explicitação dos procedimentos técnicos de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados



derivados das pesquisas e das experiências avaliativas de políticas, programas, serviços e tecnologias, desenvolvidas por instituições de ensino e pesquisa vinculadas à Rede APS, tem permitido a revisão crítica e a articulação entre as dimensões teórica e empírica nas pesquisas realizadas. Tais iniciativas buscam descortinar as diversas características de uma mesma intervenção e de seus resultados alcançados, em diferentes locais e territórios, e recomendar, tecnicamente, a distribuição justa e razoável dos recursos de acordo com as necessidades de saúde da população<sup>15,16</sup>.

As reflexões originadas ampliaram as relações interinstitucionais e contribuíram para o avanço e a consolidação de algumas áreas, inclusive a política de monitoramento e avaliação na APS e a qualidade técnica no cuidado em saúde do paciente, buscando otimizar as práticas de atenção integral à saúde. O próprio PMAQ-AB teve apoio da Rede APS na formulação teórica e técnica, o que favoreceu a aproximação da academia, da gestão e do serviço, permitindo construir um modelo reprodutível de monitoramento e avaliação das ações<sup>2,4</sup>. Assim, por exemplo, foram produzidas informações sobre os efeitos da política e o desempenho do sistema de saúde; e monitoramento e avaliação de ações de formação de pessoal, no âmbito da APS, especialmente do Programa Mais Médicos.

O processo de avaliação de iniciativas ministeriais tem refletido uma dinâmica das relações entre pesquisadores e uma tendência crescente de interesse de grupos de pesquisa em linhas de pesquisa relacionadas com a avaliação em saúde, com desdobramentos importantes para o desenvolvimento de consultorias e para o processo de valorização, investimentos e avanços de pesquisas financiadas por agências de fomento.

A Rede APS, em colaboração e parcerias, fortaleceu o acompanhamento e a disseminação de resultados de pesquisas, contribuiu para o entendimento dos diversos cenários das políticas de APS, dando visibilidade à

necessidade de elaboração de projetos mais amplos e relevantes, para o monitoramento de intervenções e programas prioritários com repercussão em diferentes âmbitos – nacional, estadual e municipal – no enfrentamento de dificuldades no desenvolvimento da política no território nacional e na identificação de potencialidades do modelo de APS e seu aprimoramento.

Em termos das mudanças conjunturais, diversas publicações científicas ou técnicas, por meio da formulação de posicionamentos críticos, agendas políticas estratégicas para a APS no SUS, boletins informativos periódicos e edições quadrimestrais da ‘APS em Revista’, organizados de maneira contínua e sistemática, qualificaram o debate político em torno da elaboração de propostas de intervenções. As iniciativas aportaram contribuições do ponto de vista conceitual e das práticas, e neste momento de reconstrução das políticas públicas de saúde no Brasil, ante a necessidade de retomada de editais de fomento à pesquisa, a consciência sanitária dos sujeitos e as reflexões podem subsidiar ações avaliativas, que suscitem proposições necessárias, com apoio operacional de universidades ou centros de pesquisa.

Reforça-se a premência da consciência sanitária construtiva para o direcionamento de práticas avaliativas e formas de repensar na avaliação em saúde no País, perante o engajamento de pesquisadores, usuários, profissionais de saúde e gestores de todas as regiões do Brasil e de diferentes segmentos do SUS. Nesse sentido, destaca-se a importância de considerar não apenas a racionalidade teórica exposta em textos sobre o tema, mas também a capacidade da Rede APS, enquanto sujeito coletivo, para a redefinição de parâmetros e a construção de novas propostas de avaliação de políticas na recomposição das práticas de saúde, com a participação dos diversos atores e a articulação com as instâncias gestoras do SUS – e, primordialmente, para o fortalecimento da APS integral, forte e resolutiva.

## Agenda de pesquisa estratégica em APS: qual o papel da pesquisa no processo de reconstrução da Atenção Primária à Saúde no Brasil?

A Rede APS, ao longo dos últimos três anos, promoveu intenso debate sobre o fortalecimento do modelo de APS de base territorial e comunitária e ordenadora da RAS. Esse debate foi sistematizado em documentos produzidos, disponibilizados no *site* da Rede APS:

- Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições<sup>15</sup>, em 2022;
- 14 notas técnicas que versaram sobre os diversos aspectos da APS, com resultados de estudos e recomendações, em 2021/2022;
- Manifesto da Rede APS na Conferência Livre, Democrática e Popular<sup>16</sup>, em 2022; e
- Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil: Propostas para alocação de recursos federais para APS, documento elaborado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde<sup>17</sup>, com participação de pesquisadores da Rede APS e outras entidades de saúde, em 2023.

Esse lastro da análise da política da APS orientou a proposição de uma agenda de pesquisa implicada, sustentada pelo compromisso ético-político com a consolidação do SUS e o fortalecimento da ESF como modelo estruturante da APS, de importância fundamental para melhoria da saúde da população e redução das desigualdades sociais injustas, aprofundadas pelos avanços das políticas neoliberais nos últimos seis anos dos governos de extrema-direita no Brasil.

A agenda foi organizada em oito eixos, cada um composto por um conjunto de temas

prioritários de investigação. Os eixos foram organizados em torno dos aspectos cruciais da implementação da APS abrangente, resolutiva, de base territorial e orientação comunitária, integrada à RAS, identificados a partir da reflexão crítica sobre estudos realizados no País, o que permitiu identificar desafios atuais e lacunas de conhecimento que se constituem como objetivos de pesquisa.

Para contextualização dos eixos da agenda e das propostas de investigação, serão apresentados de forma sucinta alguns dos principais desafios da APS, apontando o papel da pesquisa na produção de conhecimento capaz de subsidiar a tomada de decisão de gestores, profissionais, usuários e organizações comunitárias na implementação de políticas para reconstrução e fortalecimento da APS no Brasil. Para cada eixo, são apresentadas em quadros as propostas de investigação associadas.

### Eixo I: População, território, participação social e equidade

A população é o centro das RAS. Dessa forma, na APS, é fundamental pensar na população na sua dimensão territorial e enquanto sujeito dos processos saúde-doença e cuidado. Três grandes desafios desse eixo são: universalização da cobertura da ESF; fortalecimento da dimensão comunitária e territorial da APS; e garantia da participação social e emancipação dos sujeitos.

O primeiro desafio refere-se à universalização da cobertura populacional da APS por meio da ESF e a superação das iniquidades na distribuição dos serviços primários no território nacional. Embora 85% dos municípios brasileiros, em 2019, apresentassem 70% ou mais da população coberta por ESF, ainda persistem grandes disparidades. Altas coberturas, em geral, só foram alcançadas pelos municípios menores. Apenas 30% dos municípios com 100 mil a 500 mil habitantes e 10% dos municípios com mais de 500 mil habitantes alcançaram tais níveis de cobertura da ESF<sup>18</sup>. Ademais, é fundamental considerar



os parâmetros de cobertura populacional e a extensão territorial por equipe nas diferentes conformações territoriais, de forma a permitir o cumprimento dos atributos da APS.

Para além do porte dos municípios, profundas desigualdades na distribuição dos serviços de APS ainda são observadas, especialmente nos municípios rurais remotos, que apresentam grande dispersão e rarefação de domicílios, com persistência de barreiras de acessibilidade organizacional e geográficas, como grandes distâncias até as Unidades Básicas de Saúde (UBS), custos de deslocamento e precárias condições de vias e transportes (terrestres ou fluviais), o que restringe o acesso de grande parte da população<sup>19</sup>. Considerando que o Brasil conta com cerca de 50 mil equipes da ESF e com 68% de cobertura populacional, estima-se a necessidade de, no mínimo, mais 20 mil equipes para universalizar a cobertura populacional<sup>11</sup>.

O segundo desafio é fortalecer a abordagem territorial e comunitária da ESF, o que envolve a qualificação das eSF para utilização de ferramentas para o reconhecimento dos territórios e construção de vínculos com as comunidades que vivem nas áreas de abrangência das equipes. Esses processos incluem a utilização, pelas equipes, de tecnologias digitais para o reconhecimento dos territórios. Uma ferramenta poderosa na relação entre equipes e comunidades é a educação popular, para a consolidação de processos democráticos em saúde, especialmente na conjuntura atual de crescimento das políticas neoliberais e de concepções negacionistas.

Dantas et al.<sup>20</sup> referem que a agenda neoliberal tem sido um obstáculo para o desenvolvimento de práticas de educação popular solidárias e de vivências de saberes dos profissionais e dos movimentos sociais. O crescimento do negacionismo e do obscurantismo,

por sua vez, dificultou o estabelecimento de diálogos e das experiências de educação popular que,

[...] mostram a potência do diálogo no questionamento do mundo e, também, na construção de outras formas de sociabilidade que passam por relações de solidariedade e empatia<sup>21</sup>.

O terceiro desafio é a ampliação da participação social na APS. A abordagem da saúde enquanto construção social constitui um dos princípios norteadores e estruturantes do trabalho na APS, destacando o papel do diálogo permanente com todos os setores da sociedade. Ressalta-se a importância dos espaços de participação social enquanto exercício da cidadania, que articulam diversas dimensões do direito social com vistas à redução das desigualdades sociais<sup>22</sup>. Estudo de âmbito nacional com dados do ciclo 2 do PMAQ-AB revelou contradições entre as visões dos profissionais e dos usuários sobre a existência de Conselhos Locais de Saúde (CLS) nas UBS. Enquanto 56% das equipes referiram a existência de CLS, 31,3% dos usuários referiram que “*Não tem CLS*” e 48,7% não sabiam<sup>23</sup>. O desconhecimento dos usuários demonstra o enfraquecimento de tais dispositivos de participação social. Reconhecendo essa situação, em 2023, o CNS deflagrou uma campanha para criação de CLS nas UBS para ampliar esses espaços, garantir a participação social e radicalizar a democracia (Resolução CNS nº 714, de 2 de julho de 2023)<sup>24</sup>.

As propostas de desenvolvimento de pesquisas que objetivam a produção de conhecimento para subsidiar o processo decisório no enfrentamento dos desafios desse eixo são apresentadas no *quadro 1*.

---

**Quadro 1. Temas de Investigação prioritários – Eixo I: População, território, participação social e equidade**


---

**Eixo I: População, território, participação social e equidade**


---

Avaliação da cobertura populacional da APS segundo a ESF e outras modalidades de equipes, com dimensionamento da população adscrita, com base no cadastro de toda a população residente (domiciliada ou vivendo na rua, usuária ou não da UBS);

Avaliação da equidade da APS segundo áreas geográficas (periferias urbanas; municípios e áreas rurais remotas) e grupos sociais na perspectiva da interseccionalidade (classe social, raça/cor, gênero, LGBTQIAPN+, idade, pessoas com deficiência);

Estudos sobre práticas de humanização na APS segundo os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos;

Estudos sobre a utilização de instrumentos e ferramentas de territorialização pelas equipes e gestores de APS, para planejamento, operacionalização e monitoramento das ações de saúde, segundo as necessidades de saúde da população;

Estudos sobre educação popular e suas interfaces no fazer da APS nas dimensões do cuidado, da participação social e da formação em saúde, incluindo sistematização de experiências e iniciativas de empoderamento dos indivíduos, da comunidade e dos movimentos sociais populares nos territórios;

Estudos sobre práticas educativas em saúde nas UBS, evidenciando metodologias e problematizando potencialidades e desafios de grupos, coletivos e processos educativos em saúde e seus desdobramentos nos territórios;

Avaliação dos processos e mecanismos de participação social e engajamento comunitário no planejamento, prestação de serviços de saúde e na tomada de decisões estratégicas sobre os recursos de saúde;

Estudos com indivíduos, comunidade/movimentos e grupos sociais sobre o papel dos conselhos de saúde sobre o protagonismo e empoderamento dos sujeitos na tomada de decisões que afetam a saúde.

---

Fonte: elaboração própria.

## Eixo II: Modelo de APS integrado na rede de atenção e às políticas intersetoriais

O primeiro grande desafio nesse eixo é coordenar o cuidado nas redes de atenção<sup>8</sup>. Estudos revelaram o papel ainda incipiente da APS e a descoordenação do cuidado nas RAS, o que exige o fortalecimento da APS e dos mecanismos regulatórios, bem como a ampliação do acesso à atenção especializada e hospitalar<sup>25</sup>. Destaca-se a necessária incorporação da vigilância ao processo de trabalho das eSF, integrando práticas individuais e coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde da população. Tal integração permanece inconclusa, dada a necessidade de articulação de saberes e diversos modelos de atuação sobre a saúde da população, advindos das condições sócio-históricas de conformação do sistema de saúde<sup>26</sup>.

A vigilância da saúde na APS envolve o desenvolvimento de ações de promoção da saúde

e de ações intersetoriais, destacando-se as experiências de três importantes programas: os Programas Academia da Saúde e Saúde na Escola, que constituem estratégias que privilegiam ações de promoção da saúde no âmbito da ESF e o fortalecimento do protagonismo dos cidadãos; e o Programa Bolsa Família com efeitos positivos sobre a saúde da população por mecanismos sinérgicos entre a redução da pobreza, a partir da transferência de renda, e a ampliação do acesso aos serviços de APS, devido às condicionalidades de saúde, conforme evidenciado em avaliações de impacto<sup>11,27,28</sup>. Nesse eixo, as propostas de pesquisas objetivam avaliar os modelos de APS em sua relação com a rede de saúde e com demais setores sociais, sintetizadas no *quadro 2*.

## Eixo III: Modelo de gestão e financiamento da APS

A pedra angular da reorganização da APS é o modelo de gestão. Como ressalta Santos<sup>29</sup>, a

APS como serviço estratégico do SUS apresenta vocação essencialmente pública não afeita a processos de privatização, concessão ou terceirização. Destaca-se, especialmente, o papel estratégico da APS na regulação do acesso assistencial a outros níveis de atenção do SUS que se caracteriza por sua natureza essencialmente pública. Entretanto, limites impostos ao gasto público em saúde, aliados ao ideário gerencialista que defende a falsa ideia da maior eficiência da gestão privada, tem favorecido o crescimento, desde a década de 1990, de novas formas de gestão na APS, como as Organizações Sociais, as Fundações Estatais de Direito Privado e as Organizações da Sociedade Civil<sup>3</sup> – processo que carece de avaliação isenta.

O financiamento está intrinsecamente relacionado com o modelo de gestão. O Previne Brasil, em 2019, instituiu o fim da prioridade para a ESF e o crescimento das equipes de atenção primária; contribuiu para uma distribuição não equitativa de recursos entre os municípios, incluindo redução de recursos do cofinanciamento federal para APS. Adicionalmente, promoveu um modelo

[...] médico-centrado, focalizado, assistencialista, distante do vínculo com o território e a comunidade, sem prioridade para o cuidado

multiprofissional, pautado pela lógica produtivista (metas de produção), em detrimento da abrangência ampliada do cuidado, com prevenção e promoção à saúde<sup>30</sup>.

Ao colaborar com esse círculo vicioso, as emendas parlamentares se transformaram em um orçamento paralelo às prioridades de gestão do SUS, colocando no centro dessa reflexão as relações de poder entre o Executivo e o Parlamento, assim como o papel da relação interfederativa e dos espaços de gestão colegiada e tripartite do SUS, no ordenamento dos recursos federais. Ademais, a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), atualmente denominada de Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), requer investigações sobre os impactos desse tipo de dispositivo na gestão dos recursos do SUS. O marcante sentido privatizante dessas medidas foi notado por Morosini e cols.<sup>7</sup> ao analisar o Previne Brasil.

Assim, nesse eixo, as questões de pesquisa buscam caracterizar as relações público-privadas na gestão da APS; investigar a eficiência e os impactos dos modelos de gestão e financiamento na equidade da distribuição dos recursos, no aprimoramento do modelo de APS e na qualidade dos serviços de APS (*quadro 2*).

---

Quadro 2. Temas de Investigação prioritários - Eixo II: Modelo de APS integrado na rede de atenção e às políticas intersetoriais e Eixo III: Modelo de gestão e financiamento da APS

---

**Eixo II: Modelo de APS integrado na rede de atenção e às políticas intersetoriais**

---

Avaliar experiências e estratégias de coordenação da APS na rede de atenção à saúde, analisando a participação da APS nos mecanismos de regulação assistencial que proporcionem o cuidado integral em tempo oportuno aos usuários, tendo como base os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade;

Analisar experiências de gestão regionalizada da rede de atenção à saúde, que fortaleçam a APS como coordenadora do cuidado;

Avaliar os impactos de diferentes modelos technoassistenciais de APS (ESF; equipes de APS simplificadas, outros) sobre o acesso a serviços, qualidade da atenção e impactos nos problemas de saúde da população;

Analisar estratégias e inovações de integração da vigilância e atenção à saúde no âmbito da APS, com fortalecimento da orientação comunitária de base territorial e a participação social;

Avaliar os mecanismos de acessibilidade organizacional (horário, tempo de espera, acolhimento) da APS;

Avaliar a articulação da APS com os demais setores sociais na implementação de políticas intersetoriais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, incluindo fatores socioeconômicos e ambientais, assim como os comportamentos em saúde.

---

Quadro 2. Temas de Investigação prioritários – Eixo II: Modelo de APS integrado na rede de atenção e às políticas intersetoriais e Eixo III: Modelo de gestão e financiamento da APS

---

**Eixo III: Modelo de gestão e financiamento da APS**

---

Avaliar diferentes modalidades de gestão em saúde e de relações público-privadas e seus impactos sobre a organização e qualidade dos serviços de APS;

Elaborar modelos de avaliação com indicadores comparativos para avaliar a eficiência dos modelos de gestão da APS;

Analisar as modalidades de alocação dos recursos para APS e seus efeitos sobre a equidade na distribuição dos recursos e o aprimoramento do modelo assistencial comunitário e territorial da Estratégia Saúde da Família;

Avaliar o impacto das emendas parlamentares na distribuição dos recursos federais para APS;

Avaliar os efeitos da Adaps e da agência que a substituiu na constituição de redes de atores e interesses envolvendo gestores municipais, corporações e relações público-privadas.

---

Fonte: elaboração própria.

## **Eixo IV: Gestão do trabalho e reorganização e qualificação dos processos de trabalho na APS**

Uma questão fundamental na reconstrução e na melhoria da qualidade da APS é a gestão do trabalho, cujo principal desafio é desprecarizar os vínculos de trabalho, atualmente definidos pela multiplicidade de modalidades de contratação e tipos, muitos sem garantia dos direitos trabalhistas e com impactos nefastos sobre a segurança e saúde do trabalhador da APS. A precarização do trabalho, caracterizada por profissionais de saúde com dedicação parcial, menor carga horária e múltiplos vínculos trabalhistas, tem contribuído para a redução da fixação e o aumento da rotatividade dos profissionais, resultando na fragmentação dos processos de trabalho, o que, por sua vez, determina a fragmentação do cuidado em saúde. A análise de apenas dois meses do ano (junho e outubro de 2023) demonstrou uma redução das eSF sem médicos, possivelmente pela retomada do Programa Mais Médicos, e a manutenção ou aumento da ausência dos demais profissionais, o que indica a necessidade de ampliação do alvo

das políticas de provimento aos demais trabalhadores da saúde na APS<sup>31</sup>.

As propostas de investigação desse eixo, apresentadas no *quadro 3*, enfatizam a centralidade da força de trabalho na qualidade da APS, o que exige a discussão sobre os modelos de gestão do trabalho da APS, em especial, das relações público-privado, destacando seus impactos sobre as modalidades de contratação e vínculo, fixação e rotatividade, e na qualidade de vida e saúde dos profissionais de saúde, com ênfase na saúde mental. Políticas iniciadas em 2023 também deverão ser avaliadas por seus possíveis impactos na gestão, destacando-se a retomada da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS; a definição do Piso de enfermagem; o Programa Mais Médicos – Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde; os processos de educação permanente dos profissionais e gestores da APS e sobre a atuação e práticas das equipes multiprofissionais (eMulti) quanto ao apoio técnico-pedagógico, o apoio matricial e a atenção individual e coletiva nos territórios da APS (*quadro 3*).

Quadro 3. Temas de Investigação prioritários – Eixo IV: Gestão do trabalho e reorganização e qualificação dos processos de trabalho na APS

#### **Eixo IV: Gestão do trabalho e reorganização e qualificação dos processos de trabalho na APS**

Avaliar os modelos de gestão do trabalho dos profissionais da APS, considerando a relação público-privado, e seus impactos sobre as modalidades de contratação e vínculos trabalhistas, fixação e redução da rotatividade e qualidade de vida e saúde dos trabalhadores da APS;

Analisar as características dos processos de trabalho dos profissionais de saúde com base no conceito ampliado de saúde, na atuação multiprofissional, na interprofissionalidade, na continuidade e integralidade da atenção e orientação comunitária, considerando os modelos de atenção à saúde;

Analisar a constituição da força de trabalho na APS, destacando o caráter multiprofissional das equipes e sua distribuição nos diferentes contextos locais e regionais;

Analisar o impacto da violência e de estressores agudos e crônicos nos processos de trabalho e saúde mental dos profissionais da APS;

Analisar a efetividade de programas de educação permanente para profissionais e gestores na atenção às necessidades em saúde individuais e coletivas e o planejamento local das ações de saúde;

Analisar o provimento de médicos em áreas remotas e desfavorecidas e seus impactos no acesso e situação de saúde;

Analisar o perfil dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família (eSF)/APS, quanto à formação e à evolução do número de especialistas em Medicina e Enfermagem de Família e Comunidade;

Analisar a proporção do número de equipes de saúde bucal (eSB) em relação ao número de eSF e seus efeitos no acesso à saúde bucal;

Analisar as práticas e formas de inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes e o desenvolvimento de processos de formação desses trabalhadores;

Avaliar a atuação e práticas das equipes multiprofissionais (eMulti) quanto ao apoio técnico-pedagógico, o apoio matricial, o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas, discussões de casos, atendimento compartilhado entre profissionais e equipes, oferta de ações de saúde à distância, construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais;

Analisar as diferentes formas de apoio matricial às equipes de APS

Fonte: elaboração própria.

## **Eixo V: Saúde digital na APS**

O primeiro desafio para utilização da saúde digital na APS, como estratégia de ampliação do acesso, é justamente a garantia do acesso à internet nas unidades de saúde e para a população. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, competência de setembro de 2023, divulgados nos Painéis de Apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), 30% das UBS no Brasil não têm conexão com a internet, percentual que é maior nas regiões Norte (45%) e Nordeste (40%)<sup>32</sup>.

No caso dos municípios remotos e rurais, os desafios são maiores para a garantia de conectividade e fornecimento de energia estável com custos mais altos, sendo fundamental a

realização de parcerias com o governo federal para conectar unidades de APS em localidades remotas<sup>33</sup>. Ademais, o País ainda enfrenta grandes desafios quanto à equidade de acesso à internet pela população. Segundo a Pesquisa TIC Domicílios<sup>34</sup>, a taxa de domicílios conectados no Brasil foi de 80% em 2022. Entre as pessoas com 10 anos e mais, 149 milhões tinham acesso, enquanto 27 milhões nunca utilizaram a internet. A adoção das tecnologias digitais na atenção e vigilância à saúde pode fortalecer a capacidade resolutiva da APS. Para tanto, além da garantia do acesso à Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), deve-se considerar, também, os dilemas éticos na utilização dessas ferramentas; a segurança de dados dos usuários; e a necessária capacitação em literacia digital para profissionais e

usuários. A adoção das TIC impõe a implementação de políticas públicas que regulamentem e disponibilizem recursos necessários para equipamentos e conectividade em todo território nacional, incluindo acesso à internet pela população, propiciando as condições para o cuidado ético, equitativo, universal e integral em saúde, orientadas por estudos específicos (*quadro 4*).

## Eixo VI: Infraestrutura das unidades de APS

O contexto da pandemia de covid-19 evidenciou a precariedade da estrutura física de grande parte das UBS no País. No processo de reconstrução da APS, serão necessários

investimentos expressivos para assegurar as condições estruturais que garantam o atendimento às normas de biossegurança e acessibilidade das instalações, suficiência de equipamentos, insumos, medicamentos e vacinas; e conectividade de internet e sistemas de transporte sanitários para conectar pacientes aos demais níveis de atenção. Em 2024, estão previstos recursos federais da ordem de R\$ 7,4 bilhões no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento para construção e reforma das UBS, sendo recomendável o conhecimento dessas necessidades para melhor alocação dos recursos. Nesse eixo, as propostas apresentadas no *quadro 4* contemplam estudos que analisam as condições estruturais da rede de serviços básicos de saúde.

---

### Quadro 4. Temas de Investigação prioritários – Eixo V: Saúde digital na APS e Eixo VI: Infraestrutura das unidades de APS

---

#### Eixo V: Saúde digital na APS

Analisar os processos de gestão e que promovam a equidade na distribuição dos recursos e transparência dos processos de incorporação das tecnologias digitais no atendimento das necessidades de saúde;

Avaliar as políticas e estratégias de ampliação do acesso à internet à população e aos serviços de saúde, com conectividade e suficiência de equipamentos (celulares, computadores e ferramentas informacionais) nas unidades básicas de saúde;

Avaliar os processos de educação permanente e educação popular no âmbito da APS, que promovam e a literacia digital de profissionais de saúde e usuários no uso das tecnologias digitais na APS;

Avaliar o uso das TIC nos processos de cuidado à saúde no âmbito da APS, que garantam as comunicações eletrônicas entre profissionais de saúde e entre profissionais de saúde e pacientes; considerando a equidade e qualidade da atenção e questões éticas;

Avaliar as estratégias de Telessaúde para garantia do cuidado e resposta efetiva às condições crônicas e agudas nos serviços de APS;

Analisar o uso de tecnologias digitais e equipamentos para melhoria da resolutividade clínica da APS, incluindo o acesso remoto à atenção especializada e apoio aos profissionais de saúde através de segunda opinião formativa de especialistas;

Analisar a utilização das informações em saúde e interoperabilidade dos sistemas de informação e prontuário eletrônico para gestão do cuidado em saúde;

Analisar experiências de utilização da Inteligência Artificial na APS.

---

#### Eixo VI: Infraestrutura das unidades de APS

Avaliar as condições estruturais das unidades básicas de saúde, quanto a adequação, biossegurança e acessibilidade das instalações, suficiência de equipamentos, insumos, medicamentos e vacinas; e conectividade de internet e sistemas de transporte sanitários para conectar pacientes aos demais níveis de atenção;

Avaliar estratégias de acessibilidade organizacional (horário, tempo de espera, acolhimento) na APS;

Analisar a organização da assistência farmacêutica na APS com garantia de acesso aos medicamentos necessários.

---

Fonte: elaboração própria.

## Eixo VII: Atenção integral e resolutive de qualidade

Nesse eixo, são elencados alguns agravos e problemas de saúde cujo controle dependem da organização da APS de base territorial e orientação comunitária, destacando-se as condições crônicas, a saúde mental e as violências. A integração das práticas de APS e vigilância, conforme apresentado no eixo modelo de atenção, deve ser investigada quanto aos seus possíveis efeitos na qualidade de vida e saúde da população – da mesma forma, as questões pouco estudadas na literatura, como a efetividade de ações de APS para os cuidados paliativos e direcionadas à saúde indígena. Finalmente, as lições aprendidas durante a pandemia de covid-19 devem orientar a preparação da APS para futuras emergências sanitárias, incluindo os efeitos da crise climática. Investigações sobre o impacto da APS na ocorrência e na distribuição desses problemas propostas nesse eixo são apresentadas no *quadro 5*.

## Eixo VIII: Monitoramento e avaliação

Finalmente, o Monitoramento e Avaliação (M&A) da APS é ele próprio um eixo na agenda de pesquisa com componentes apresentados no *quadro 5*. Entre os gargalos, estão: a fragmentação e a desarticulação dos sistemas de informação; a atualização das informações e a possibilidade de tabulação no Tabnet/DataSUS; a disponibilização, em repositórios permanentes, de bases de dados para monitoramento e análise com ferramentas externas, como pacotes estatísticos; a educação permanente para gestores, profissionais de saúde e conselheiros; a comunicação social dos processos avaliativos e resultados. Além disso, dificuldades com o e-SUS APS favorecem a privatização dos sistemas de informação municipais. Nessa conjuntura, é fundamental que os dados gerados sejam posse, domínio e uso público, permitindo o acesso às bases de dados para pesquisadores, gestores e profissionais (*quadro 5*).

Quadro 5. Temas de Investigação prioritários – Eixo VII: Atenção integral e resolutive de qualidade e Eixo VIII: Monitoramento e avaliação

### Eixo VII: Atenção integral e resolutive de qualidade

Avaliar os impactos do acesso e qualidade da APS nas respostas às necessidades de saúde da população, destacando-se os seguintes problemas e agravos: Condições sensíveis à APS; Condições crônicas; Saúde mental e Violências;

Avaliar os impactos do desenvolvimento de ações de promoção da saúde na APS do na saúde da população, destacando estratégias de orientação familiar e comunitária;

Analisar necessidades assistenciais e formativas, implementação, efetividade e eficiência de estratégias de cuidado específicas, como cuidados paliativos, envelhecimento e fragilidade, multimorbidade e transição de cuidados;

Analisar ações direcionadas à saúde indígena desenvolvidas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no âmbito da APS;

Analisar estratégias de preparação dos gestores e profissionais de saúde para resposta à emergência sanitária.

### Eixo VIII: Monitoramento e avaliação

Analisar políticas e modelos de monitoramento e avaliação para promoção da melhoria do acesso e da qualidade da APS;

Elaborar modelos de avaliação do desempenho da APS, com definição de indicadores de qualidade, através de técnicas de consenso envolvendo pesquisadores, gestores e profissionais de saúde; com ênfase em propostas de pesquisa avaliativa e avaliação externa com participação das Instituições de Ensino Superior e Pesquisa;

Elaborar modelos e matriz de indicadores para acompanhamento e avaliação de equidade de acesso e qualidade da atenção segundo condições socioeconômicas, raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, idade, pessoas com deficiência;

Realizar metanálise de estudos avaliativos em atenção primária à saúde.

Fonte: elaboração própria.



## Considerações finais

A partir da ESF e fomentado por seus princípios e instrumentos, o Brasil experimentou um processo de crescente institucionalização da avaliação da APS, sobretudo de 2003 a 2018, com iniciativas robustas e abrangentes, como o Proesf, a AMQ e o PMAQ-AB. Esse processo virtuoso é notável em pelo menos três aspectos: a colaboração entre academia, gestão e serviços; sua natureza democrática, desde a definição de indicadores e instrumentos até a divulgação e análise dos dados coletados; e sua aceitação e capacidade de influenciar os processos de decisão política.

Precisamos retomar esses esforços, para a construção de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação em APS que gere conhecimento atualizado e detalhado para orientar a gestão e o cuidado dos diferentes grupos populacionais na APS no SUS com equidade. Tal política deve orientar-se por uma perspectiva ampliada e propositiva de saúde, pelo entendimento da determinação social dos processos saúde-doença-cuidado, pela organização da atenção em um modelo vigilante da saúde segundo os princípios do SUS e da APS.

Nesse sentido, urge radicalizar o processo de reconstrução da APS e do monitoramento e avaliação em APS no Brasil, com vistas à universalização da cobertura pela ESF, com equipes qualificadas e satisfeitas com seu trabalho e executando suas atividades em UBS com adequada ambiência. O fomento

de pesquisas avaliativas segundo os eixos e componentes aqui apresentados e a retomada da institucionalização da avaliação em APS são fundamentais para informar as necessárias políticas para o enfrentamento dos desafios discutidos.

Além de trabalhar com os usuários, é necessário melhorar nossas ferramentas, para encontrar as pessoas ainda excluídas da APS. A noção de ‘território’ e de ‘comunidade’ é essencial: todos nós moramos em algum ‘lugar’ e todos temos uma história, mais ou menos recente, com esse ‘lugar’. O ‘local’ é o campo de trabalho da APS, assim, a institucionalização de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da APS, que considere os elementos aqui discutidos, deve ser um vigoroso instrumento de promoção de equidade em saúde e direitos sociais para a população brasileira em todos os territórios.

## Colaboradores

Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)\*, Nedel FB (0000-0002-8059-7358)\*, Aquino R (0000-0003-3906-5170)\*, Batista SRR (0000-0001-7356-522X)\*, Almeida APSC (0000-0001-5808-5818)\*, Cury GC (0000-0002-0411-8343)\*, Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)\*, Sarti TD (0000-0002-1545-6276)\*, Facchini LA (0000-0002-5746-5170)\* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 51-72.
2. Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021. p. 224.
3. Teixeira M, Matta GC, Silva Junior AG. Modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção de saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 117-41.
4. Giovannella L, Mendonça MHM, Medina, et al. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 569-610.
5. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):553-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>
6. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na APS. *APS*. 2021;3(2):131-43. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
7. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. *Previ-ne Brasil*, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00040220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
8. 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. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
9. 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 Med*. 2017;14(5):e1002306. DOI: <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002306>
10. Kessler M, Thumé E, Marmot M, et al. Family Health Strategy, Primary Health Care, and social inequalities in mortality among older adults in Bagé, Southern Brazil. *Am J Public Health*. 2021;111(5):927-36. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306146>
11. 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*. 2015;105(11):S585-99. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301452>
12. Moreno AB. Muito além do básico: As bases de dados em saúde e a atenção básica à saúde no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 265-89.
13. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2011 out 24 [acesso em 2024 set 24]; Edição 203; Seção I:48. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
14. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: Men-

- donça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., editores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 569-610.
15. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Bases para uma atenção primária à saúde integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2022.
  16. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: ABRASCO; [sem data]. *Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial, comunitária e integrada à rede do SUS: Proposições da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO*; 2022 ago 4 [acesso em 2024 jan 1]. p. 4. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/APS-integral-resolutiva-territorial-comunitaria-e-integrada-a-rede-do-SUS-4-agosto-Conferencia-livre-e-popular-Proposicoes-da-Rede-de-Pesquisa-em-APS-da-ABRASCO.pdf>
  17. Pimenta A, Mendes Á, Lages C, et al. Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil: propostas para alocação de recursos federais para APS [Internet]. 2023 jun 30 [acesso em 2024 jan 1]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023-Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf>
  18. Aquino R, Medina MG, Vilasboas ALQ, et al. *Estratégia saúde da família: Evolução do modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil*. In: Paim JS, Almeida Filho N, editores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 317-40.
  19. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, et al. *Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde*. *Saúde e Soc*. 2023;32(1):e220382pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>
  20. Dantas DSG, Silva MRF, Torres RAM, et al. *A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família*. *Motricidade* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 jan 1];14(1):157-63. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a21.pdf>
  21. Nespoli G. *A educação popular é importante porque reconhece as condições de vida, atua a partir da realidade, promove e organiza redes de apoio social que, neste momento, são fundamentais* [Internet]. [Entrevista concedida a Julia Neves]. *EPSJV/Fiocruz*. 2020 jun 1 [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-educacao-popular-e-importante-porque-reconhece-condicoes-de-vida-atua-a-partir>
  22. Mendonça MHM, Alves MGM, Spadacio C. *Determinação social da saúde e participação social na aps*. *APS*. 2022;4(1):54-60. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.227>
  23. Silveira Pinto R. *Ensaio sobre assistência farmacêutica e participação da comunidade na saúde na atenção básica* [tese na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia; 2021 [acesso em 2024 jan 1]. p. 290. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/248826>
  24. Conselho Nacional de Saúde (BR). *Resolução CNS nº 714, de 2 de julho de 2023. Dispõe sobre Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS* [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 ago 23 [acesso em 30 jun 2024]; Edição 161; Seção 1:78. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2023/3089-resolucao-n-714-de-02-de-julho-de-2024>
  25. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. *Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde*. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
  26. Prado NMBL, Aquino R, Vilasboas ALQ. *Atenção primária à saúde e o modelo da vigilância à saúde* [Internet]. Salvador: Rede APS; 2021 [acesso em 30 jun 2024]. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Vigilancia.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Vigilancia.pdf)

27. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382(9886):57-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60715-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60715-1)
28. Nery JS, Rodrigues LC, Rasella D, et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(7):790-6. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0599>
29. Santos L. Atenção primária e a privatização dos serviços de saúde. *Rev direito sanit*. 2022;22(2):e0014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2022.181323>
30. Funcia FR, Moretti B, Ocké-Reis CO, et al. Nova política de financiamento do SUS [Internet]. Salvador: ABrES; 2022 [acesso em 2023 jun 30]. Disponível em: <https://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2022/07/Proposta-Nova-Politica-de-Financiamento-SUS-Abres.pdf>
31. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (BR). Brasília, DF: Conasems; [sem data]. Painel de equipes na Atenção Básica [Internet]. 2024 jan 17 [acesso em 2024 jan 25; atualizado em 2024 jun 17]. Disponível em: [https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/19\\_equipes-na-atencao-basica](https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/19_equipes-na-atencao-basica)
32. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (BR). Brasília, DF: Conasems; [sem data]. Conectividade Unidades de Saúde [Internet]. 2024 jan 17 [acesso em 2024 jan 25; atualizado em 2024 jun 17]. Disponível em: [https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/27\\_conectividade-unidades-de-saude](https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/27_conectividade-unidades-de-saude)
33. Organisation for Economic Cooperation and Development. Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Paris: OECD; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>
34. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação-Cetic.br [Internet]. São Paulo: NIC.br; 2005. Pesquisa TIC Domicílios. 2022 jul [acesso em 2024 jan 17]. Disponível em: [https://www.nic.br/media/docs/publicacoes/2/20230825143348/resumo\\_executivo\\_tic\\_domicilios\\_2022.pdf](https://www.nic.br/media/docs/publicacoes/2/20230825143348/resumo_executivo_tic_domicilios_2022.pdf)

---

Recebido em 22/01/2024

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Magda Duarte dos Anjos Scherer

## Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva: determinação, identidades e territorialidades

*Notes on the notion of territory in the field of collective health: determination, identities, and territorialities*

Guilherme Augusto Souza Prado<sup>1</sup>, Maria Verônica Almeida Caetano<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28730P

**RESUMO** Este ensaio teórico percorre um itinerário e aborda diferentes concepções de território quanto ao campo da saúde coletiva. Busca-se elucidar como o território compõe com a constituição histórica e organizativa dos sistemas e serviços de atenção à saúde, e como conceito fundamental ao trabalho no campo da saúde coletiva. Enquanto intervenção estatal sobre a vida populacional dentro de territórios circunscritos a Estados-nações, a abordagem epidemiológica paisagística da medicina social preventiva concebe o território como ambiente de exposição a doenças e acaba superada pelas ideias de risco e multicausalidade dos processos saúde-doença, próprias ao modelo do campo da saúde. Este amplia a compreensão dos processos saúde-doença articulando ambiente, acesso aos serviços, estilos de vida e determinantes biológicos com aspectos ecológicos, culturais, simbólicos e de responsabilidade social. Assim, a saúde coletiva se aprimora com noções como territorialidades, identidades ou reprodução social, importantes para a distritalização e a organização de sistemas de saúde democráticos, a compreensão sobre a determinação social da saúde e a efetivação de redes de cuidado e estratégias de assistência eficazes, sobretudo na atenção básica. Enfim, a noção de território é fundamental à compreensão das condições estruturantes dos processos de vida e adoecimento e ao compromisso com a transformação social.

**PALAVRAS-CHAVE** Território sociocultural. Saúde pública. Saúde coletiva. Medicina social. Saúde.

**ABSTRACT** *This theoretical essay explores different conceptions of territory within the field of collective health. We aim to elucidate how territory contributes to the historical and organizational constitution of healthcare systems and services, as well as its fundamental role in the field of collective health. The landscape-based epidemiological approach of social preventive medicine, which conceives territory as an environment of disease exposure within nation-state boundaries, is overcome by the ideas of risk and multicausality inherent in the model of the health field. This model expands the understanding of health-disease processes by integrating the environment, access to services, lifestyles, biological determinants with ecological, cultural, and symbolic aspects, as well as social responsibility. Therefore, collective health is enhanced by concepts such as territoriality, identity, and social reproduction, which are important for the districting and organization of democratic healthcare systems, for understanding the social determination of health, and for implementing effective care networks and strategies, particularly in primary care. Ultimately, the notion of territory is fundamental to understanding the structuring conditions of life processes and illness, as well as to the commitment to social transformation.*

**KEYWORDS** *Sociocultural territory. Public health. Collective health. Social medicine. Health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) - Parnaíba (PI), Brasil  
guispra@gmail.com



## Introdução

Com a construção das redes de atenção à saúde no Brasil<sup>1-3</sup>, deparamo-nos com a noção de território, que serve de marco para a organização do setor da saúde e das redes intersectoriais, bem como dos modos de gestão e avaliação de ações e serviços comunitários<sup>4,5</sup>. Posto isso, o presente ensaio<sup>6</sup> percorre um itinerário de elaboração em diferentes concepções da noção de território, elucidando seus modos de aplicação para a constituição, em nível da história e da organização, dos sistemas e serviços de atenção à saúde, e como conceito fundamental ao trabalho no campo da saúde coletiva.

## Medicina social e medicina preventiva: inserção do ambiente na paisagem

Na história dos sistemas de saúde, a noção de território está presente desde quando Jules Guérin utilizou pela primeira vez, em 1838, o termo medicina social para definir um campo de conhecimento científico relativo aos aspectos sociais, incluindo aspectos ambientais e, em uma perspectiva ampliada, territoriais, relacionados com o processos saúde-doença e com os serviços de assistência médica<sup>7</sup>.

Nesse contexto, a origem da medicina social está vinculada à medicina urbana na França, à polícia médica na Alemanha e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Por meio desses três modelos de intervenção estatal sobre a vida coletiva organizada em torno de um território circunscrito a um Estado-nação, Foucault<sup>8</sup> afirma que a consolidação do capitalismo propicia o surgimento de uma medicina coletiva.

Entre o final do século XVIII e o final do século XIX, houve uma socialização do corpo enquanto força produtiva e força de trabalho. Essa trajetória articula um tipo de investimento de poder-saber na dimensão biológica somática a um investimento que tem como

alvo privilegiado o corpo do trabalhador civil, mais que o do soldado.

Com isso, a medicina social se liga à noção de território por três vias. Primeiro, a saúde das pessoas que coabitam um mesmo local se torna interesse da sociedade, que se vê obrigada a assegurar a saúde de seus membros reunidos em uma localidade territorial. Para isso, assume-se que as condições sociais e econômicas que incidem no território influenciam a saúde e o adoecimento das pessoas e precisam ser estudadas cientificamente. Assim, a população é compreendida como conjunto heterogêneo de indivíduos, e que, entre o conjunto e as partes, não há mediação e, conseqüentemente, as medidas tomadas com vistas à proteção da saúde da população que habita o território são providências de cunho médico e social<sup>9</sup>.

Essa crescente presença do Estado toma os indivíduos como parte da engrenagem social integrada e os põe para funcionar de acordo com normas estatais. Nessa linha, podemos localizar as preocupações pioneiras de Virchow e sua visão ampliada na resolução de uma epidemia de tifo que assolou a Alemanha no inverno de 1846/1847. Suas indicações estão ligadas ao local de vida das pessoas enquanto espaço habitado e como feixe no qual se cruzam uma variedade de fatores que têm influência decisiva sobre os processos de adoecimento<sup>10</sup>.

Tais medidas recomendadas para a proteção da saúde da população prussiana incluíam melhorias na qualidade de vida da população, incremento na educação e na democracia do país, expressas em termos de aumento da liberdade e da prosperidade do povo, ao mesmo tempo que se postulava a necessidade de instâncias governamentais autônomas para intervir na agricultura e na vida das pessoas. Se essas recomendações não foram acatadas, elas contribuíram para criar na Alemanha a ideia de polícia médica ou polícia sanitária, que agia com caráter autoritário e paternalista seguindo aspectos legais das questões de saúde. No entanto, as direções voltadas à

transformação da sociedade e das condições de vida acabaram sobrepujadas pela perspectiva biologizante e individualista tornada hegemônica com a Revolução Bacteriana.

Nesse âmbito, Westphal<sup>11</sup> sinaliza que o modelo de adoecimento centrado no micróbio tirou de cena a importância determinante tanto do ambiente físico como do meio social. Logo, preocupadas tão somente em buscar agentes patogênicos concretos, as ações de saúde passaram a se organizar em torno da ideia de que a doença tem, prioritariamente, uma só causa, sobre a qual se focaliza a ação: para cada etiologia, um germe específico a ser combatido. Esse modelo, de visão mecanicista e unicausal, reduz saúde à ausência de doença, além de legitimar o autoritarismo sanitário e a coerção policial como modos de operação dos sistemas de saúde sobre um território.

Tal concepção de adoecimento prevaleceu até o modelo trazido por Leavell e Clark nos anos 1970, que deu base à medicina preventiva como desdobramento e modelo de reorganização operacional da medicina social. Entretanto, no contexto latino-americano, García<sup>12</sup> aponta que, à medida que visa uma atitude preventiva e social, é desde o modelo da medicina preventiva que o modelo clássico da história natural das doenças se articula às ideias de multicausalidade e integração de diversos fatores, que demandariam distintas modalidades e níveis de resposta.

De todo modo, a história natural das doenças é um modelo com grande apelo científico, de base biologicista, forte na academia, na gestão, no imaginário popular, e serve de base para a inclusão do ambiente nos processos de adoecimento. Sob a ótica da história natural das doenças, a medicina preventiva enfoca a doença enquanto manifestação decorrente de desequilíbrios na tríade agente, hospedeiro e ambiente. Com isso, pauta o trabalho em saúde com a noção de espaço geográfico, no qual habita uma população, em três níveis de prevenção que vão desde os processos pré-patogênicos e

patogênicos até a limitação dos danos e sequelas do adoecimento.

Ao analisar tal perspectiva, Monken et al.<sup>13</sup> salientam que o espaço é entendido separadamente do tempo e das pessoas, como lugar geográfico que predispõe a doenças, com ênfase na circulação de agentes de doenças transmissíveis.

Sem negar as contribuições advindas desse modelo, podemos lançar um olhar crítico a tal perspectiva epidemiológica paisagística que toma o espaço como lugar de exposição a doenças e agravos. A despeito das contribuições do modelo preventivista, que marca a inclusão do ambiente na tríade ecológica de compreensão dos processos de adoecimento, ele se mostra insuficiente diante da complexidade do campo da saúde. Por conseguinte, a abordagem preventivista acaba superada pelas ideias de risco e multicausalidade dos processos saúde-doença. Assim, é preciso alcançar o território desde outra perspectiva para articularmos práticas e redes de atenção em saúde.

## O campo da saúde para além da assistência médica

Estudiosos da saúde coletiva, como Paim<sup>14,15</sup>, Almeida Filho<sup>16</sup>, entre outros, apontam que a noção de território ganhou especial importância com os movimentos político-sociais em saúde entre os anos 1970 e 1980 e teve como marco o modelo do campo da saúde, base do relatório Lalonde, a Conferência de Alma-Ata e a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, que estruturam a organização política da rede de atenção e serviços de saúde no País.

Sucintamente, podemos ver que o modelo do campo da saúde, explicitado pelo canadense Marc Lalonde em 1974, reconhece a saúde como bem social, estimulando a integração da ciência à tecnologia na construção coletiva de culturas saudáveis. Isso requer a responsabilização social do sistema de assistência sanitária, a inclusão e a focalização nos determinantes da saúde que operam desde o exterior<sup>16</sup>.



O modelo em questão postula quatro componentes na compreensão e na intervenção dos processos saúde-doença: o ambiente, espaço biofísico e social no qual se entrecruzam fatores econômicos e estruturais; as condições de acessibilidade e qualidade do cuidado e dos serviços de saúde; os estilos de vida que determinam as incidências ocasionais, os atributos e as decisões individuais expressos nas predisposições aos processos de maturação e à bagagem genética inscritas na biologia humana, que é o quarto componente, concernente às consequências da constituição orgânica do indivíduo.

O relatório Lalonde é uma declaração de reconhecimento de que parte robusta dos problemas da saúde pública são resultado do desconhecimento epidemiológico acerca de doenças não infectocontagiosas. Seu viés crítico reconhece que, enquanto a medicina for entendida como a fonte primordial de melhorias na saúde, justificar-se-á a crença que tende a resumir a saúde à qualidade da medicina, assim como a concentração dos gastos para melhorar a saúde na disposição do cuidado medicalizante.

Ao investigar as principais causas de adoecimento e morte no Canadá, o relatório encontra sua origem nos três outros componentes do conceito de campo de saúde: na biologia humana, no meio ambiente e nos estilos de vida. É preciso, portanto, olhar além do sistema tradicional de saúde orientado prioritariamente para tratamento de doentes se pretendemos melhorar a saúde de uma população que habita e compõe um território, em uma relação expressa por meio do ambiente biofísico e social no qual se desenvolvem diferentes estilos de vida em articulação com a constituição biológica dos indivíduos e a organização da assistência sanitária.

Com o relatório, vemos a aplicação da noção de risco para a identificação e a caracterização das formas de adoecimento relacionadas com as desigualdades sanitárias. Paralelamente, a implicação mútua e a responsabilização de cada indivíduo para

a melhoria das condições de saúde ganham relevância.

Nesse modelo, as condições sociais e ambientais, assim como os estilos de vida, ganham peso em detrimento das condições infectocontagiosas expressas no espaço e nas situações de saúde objetivadas em uma ordem médico-biológica. Esse fato convoca a responsabilização de governo, profissionais e população pelo patamar de saúde que a sociedade decide ter para si ao mesmo tempo que indica a noção de território como determinante para a saúde, enquanto bem social.

Com essa reviravolta, vemos a ultrapassagem da concepção preventivista, quando articulamos ao campo da saúde a noção de território como espaço praticado, que corresponde ao espaço vivido onde se desenrola a vida coletiva e as vivências individuais em certa localidade.

É com a operacionalização da noção de território que alcançamos as condições de trabalho, de vida e de inserção social necessárias para irmos além da inclusão do espaço na problemática saúde-doença como paisagem inerte ou mero local de aglomeração humana e predisposição a agentes etiológicos<sup>17</sup>.

Nessa linha, ao lado da incorporação da ideia da multicausalidade, aumenta o interesse político e humanístico-emancipatório pela saúde pública com a demanda prática de democratização dos processos de construção e decisão nas redes de saúde, a fim de inserir os componentes histórico-sociais dos processos saúde-doença. Assim, assistimos à complexificação e à superação da compreensão unicausal que tem como matriz o modelo bacteriano, em que o adoecimento passa a ser explicado por diversos fatores interrelacionados<sup>18</sup>.

No decorrer dos anos 1970 e 1980, proliferaram as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional com os problemas e necessidades de saúde e adoecimento<sup>19</sup>. Concomitantemente, o campo da saúde coletiva incorporou importantes debates da geografia<sup>20</sup>. Com isso,

o território não se reduz a mero recorte espacial, sendo operacionalizado a partir da noção de territorialidade enquanto instância que condiz aos limites, aos modos de acesso e pertencimento culturais, sociais e simbólicos que articulam sociedade, identidade, espaço e tempo à medida que propicia interconexões entre diferentes dimensões da vida individual e coletiva<sup>17</sup>.

## Território e territorialidade

Prosseguiremos distinguindo as noções de território e espaço. Em consonância com as críticas de Harvey<sup>21</sup> à concepção clássica de espaço, nas ciências da saúde, a ideia de espaço aparece inicialmente como mero recorte espacial, enquanto ambiente de circulação e predisposição de doenças<sup>13</sup>, reduzido à sua localização, esta explicada por escalas unidimensionais. Definido no âmbito da medicina social preventiva unicamente pela dimensão geométrico-geográfica, o espaço corresponde a um recorte analiticamente cercado por fronteiras que marcam ecossistemas, espaços de predisposição à infecção e ao contágio, zona de circulação de vetores transmissores de doenças etc.

Em contrapartida, Ratzel<sup>22</sup> destaca duas vias de definição do território dentro da geografia. Uma via etológica e a outra jurídico-política, que liga território ao Estado, em que são enfatizados os laços do homem com a terra – o chamado direito de solo por exemplo.

Nascida no contexto pós-medieval europeu, essa perspectiva jurídico-política de base patrimonialista e origem feudal fundamenta a compreensão moderna do território, assentada na propriedade territorial, expressa na soberania patrimonial, fronteira, excludente e marcada pelo investimento de poder sobre os corpos visando à proteção sanitária e produtiva da população circunscrita no território sob tutela estatal.

Já na via etológica, considera-se o território humano análogo ao animal. Como salienta

Raffestin<sup>23</sup>, essa via resgata o sentido primordial da noção de território, que advém da biologia naturalista e condiz ao espaço no qual uma espécie desempenha suas funções vitais. Sob tal ponto de vista, o território é dimensionado pela vida, segundo suas condições de continuação, perpetuação e expansão em relação com o ambiente e a sobrevivência das espécies.

Tanto a via jurídico-política quanto a etológica levam à compreensão do território pela territorialidade. Segundo Raffestin<sup>23</sup>, o termo territorialidade conglomerava atitudes instintivas características de determinado organismo (incluindo-se aí o ser humano) a fim de se apropriar de um território, tomando posse e defendendo-o contra estranhos. Nos humanos, tal apropriação, concretizada na posse e defesa, está intensamente relacionada com cultura, língua, hábitos, costumes, modos de vida, de alimentação, inter-relacionamento e socialização. Logo, a tendência de se apropriar, defender e administrar determinados setores geográficos propicia uma definição de territorialidade ligada aos modos como um grupo de pessoas ou um indivíduo controla um determinado território.

Entretanto, a territorialidade não se resume estritamente ao controle<sup>24</sup>. Na interface entre o território e as formas de organização e defesa do Estado, a territorialidade se liga às formas de administração burocrática das forças e dos elementos que a constituem. Nesse eixo, o Estado se responsabiliza no exercício da tutela do recorte territorial que lhe corresponde, justificando o monopólio da violência circunscrita àquele território e na administração de recursos.

Quanto mais buscamos dar consistência à caracterização do território, mais difícil fica nos restringirmos a tal ou qual campo de saber. Isso acontece porque, assim como espaço e ambiente o são em certa medida, território é uma ferramenta teórica, metodológica e conceitual transversal, que atravessa espaço, ambiente e saúde à medida que se liga a questões econômicas, políticas e culturais. Por isso, ao

passo que o território integra o corpo de uma vasta gama de disciplinas, ele requer abordagens transdisciplinares do tipo que abrangem campos tão complexos e multideterminados como os processos de saúde e doença.

Se a ciência médica que se dedica ao espaço ambiental marcado pelos traços físico-naturais não faz referências aos limites e ao acesso aos recursos nele circunscritos (entre eles, serviços de atenção à saúde), o território é marcado por traços de pertencimento, pelas marcas que a cultura produz no espaço e nas pessoas que habitam certo lugar<sup>24</sup>.

Enquanto a noção de território dá margem a uma concepção estática, ainda que multidimensional, ao definir territorialidade, um autor como Sack<sup>25</sup> a refere ao comportamento humano espacial, reconhecido pelo prisma das ações e estratégias de controle, poder e manutenção, independentemente do tamanho da área a ser dominada ou do caráter meramente quantitativo da ação respectiva ao agente dominador.

Por esse motivo, o território não é só um pedaço do espaço: ele é repleto de interconexões entre diferentes escalas, em que distintas dimensões e níveis da vida individual e coletiva se tocam e se penetram<sup>23</sup>. É no território, tomado pela matriz da territorialidade, que a vida afetiva-sentimental e político-econômica se encontra com os problemas sociais de violência, saneamento e educação, entre outras esferas que são atravessadas pelos processos socioambientais<sup>13</sup>.

O papel da territorialidade se traduz, além disso, na formação de processos identitários locais, considerando sua dinamicidade, pois os elementos que a constituem (os sujeitos, espaços, culturas etc.) são suscetíveis a constantes variações no tempo. Essa característica faz da territorialidade o entrelaçamento da vida com um conjunto de relações emergentes de um sistema tridimensional de sociedade, espaço, tempo. Por isso, “a análise da territorialidade só é possível pela apreensão das relações reais recolocadas em seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal”<sup>23(162)</sup>.

Além dessa prospecção dinâmica, a territorialidade propicia uma identificação das

pessoas com o território. Embora as discussões acerca dos variados processos que cruzam identificação e territorialidade não caibam no escopo deste artigo, salientamos que elas se referem apenas a processos de mera inserção territorial, como aos de enraizamento e fabulação identitária. De todo modo, é importante assinalarmos que essa identificação com o território permite construir identidades e satisfazer necessidades<sup>26</sup>.

Em suma, podemos afirmar que as territorialidades são caracterizadas pelas diferentes formas de organização do espaço, de significação de um lugar e de usos do território, que correspondem a distintas dimensões que coabitam e conformam cada território. Com isso, a ideia de territorialidade e sua articulação com a constituição identitária se tornam mais profícuas ao campo da saúde coletiva.

Seguindo essa linha, a noção de territorialidade se aloca no campo das práticas em saúde coletiva aproximando-se do conceito de identidade socioterritorial, definida por Haesbaert<sup>27,28</sup> como um tipo de identidade social caracterizado por modalidades de reconhecimento pessoal mediante elementos, objetos ou pessoas em relações que transpassam o território enquanto recorte arregrado de conteúdo histórico e simbólico.

À medida que atravessa o espaço físico-geográfico, mas também os espaços simbólicos, social e historicamente produzidos do território, que a territorialidade pode ser definida a partir de elementos multidimensionais tão diversos quanto um recorte de paisagem, do espaço cotidiano vivido ou mesmo do Estado-nação.

Ao articular a dimensão histórica ao imaginário social, indissociável do espaço de referência e memória coletivos, podemos definir o território sob a perspectiva da territorialidade. A partir dessa definição, é possível avançarmos na compreensão das fragilidades, dos modos territoriais constituintes e estruturantes, das potencialidades, da dinâmica e das peculiaridades de um território de saúde e sua população.

## Território, dinâmica e processos sócio-históricos e simbólicos

A fim de aprimorar as intervenções em saúde, recorremos a Milton Santos para propor um horizonte de transposição da noção de território, definido pelas condições de vivência e reprodução da vida ao campo da saúde.

Na epistemologia do espaço empreendida por Santos<sup>29</sup>, a caracterização dos territórios é inseparável da compreensão do imperativo de aceleração contemporâneo, que se presta ao entendimento do território para além de suas formas espaciais e multidimensionais. Assim, é imprescindível o conhecimento dos aspectos estruturantes, dos processos e funções específicos do território mediante relações que ele estabelece com a técnica e as repercussões da revolução tecnológica.

Entendido em sua unidade dinâmica na qual se reúnem a materialidade e a ação humana, essa leitura do território por meio das relações entre espaço e territorialidades o coloca como um “conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não”<sup>30(46)</sup>.

Ao caracterizar o território pela interpenetração de redes desiguais, emaranhadas, sobrepostas e prolongadas entre si em diferentes escalas e níveis, Santos<sup>30</sup> usa o termo dinâmica a fim de marcar o movimento, a transformação e as contradições presentes no espaço. Nessa ótica, a constituição do território se dá no entrecruzamento com as territorialidades que o perpassam. Logo,

[...] o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence... esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência de Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do

futuro, o que entre os seres vivos é privilégio do homem<sup>31(19)</sup>.

Ao associar vivência à reprodução, não só do indivíduo ou da espécie – como uma abordagem estritamente biopolítica da questão<sup>9</sup> –, mas também das condições estruturantes e determinantes da vida, podemos usar a definição acima como síntese do percurso traçado para a compreensão do território como espaço praticado no qual se inscrevem situações e condições de vida, trabalho e inserção social<sup>21</sup>. De variadas maneiras, tais condições traduzem a dinâmica intrínseca às relações de limite, acesso e pertencimento que caracterizam o território no âmbito do comportamento humano<sup>25</sup>.

A vivência do território abarca a interdependência material inscrita desde o ambiente, a ação humana até a política que o perpassa e confere as peculiaridades, as fragilidades (estruturantes, constituintes ou ocasionais), as características, as riquezas e as potencialidades de um território no qual interagem situações, problemas, necessidades, ações, práticas e serviços relacionados com a saúde<sup>32</sup>.

Além da vivência, Santos<sup>33</sup> reconhece a importância da reprodução social, que responde às necessidades de organização econômica e social de um determinado espaço. Ela aparece ao lado da vivência e da percepção, que são as marcas subjetivas do espaço, correspondentes ao campo da afetividade e das referências identitárias, simbólicas e socioculturais dadas pelos sujeitos sociais e culturais que imprimem valores no decorrer do processo de construção do espaço geográfico que constitui o território.

Especificamente no que condiz à relação entre reprodução social e às condições estruturantes e determinantes de saúde, Buss e Carvalho<sup>34</sup> ponderam que a reprodução social se encontra ligada à determinação social da saúde e da doença. Portanto, ela atravessa uma variedade de domínios da vida, podendo ser esquematizada em três pontos.

Primeiro, a reprodução social se liga aos determinantes de saúde por intermédio da

reprodução biológica. Sob esse prisma, as noções de situação de saúde e condições de vida se articulam com as diversas dimensões do processo reprodutivo (biológica, psicológica, sociológica, econômica, política) e as disciplinas que as estudam.

Segundo, a reprodução social da saúde e da doença é indissociável das relações ecológicas tecidas entre os grupos que constituem o território. Relações não obstante expressas na partilha de formas de consciência e conduta, assim como nas interações intersubjetivas e culturais entre as pessoas e com o ambiente no qual as comunidades se constituem.

Terceiro, a reprodução das formas econômicas de domínio e relação com a natureza é parte crucial desse jogo de determinação e reprodução social<sup>21</sup>. De acordo com Buss e Carvalho<sup>34</sup>, esses dois últimos processos integram os níveis intermediários (orgânico e social) à esfera individual e coletiva, articulando as contribuições de cunho estritamente fiscalista (que toma como base explicativa os níveis orgânico, celular e molecular) e holístico (que remete toda situação aos níveis superiores do modo de produção, estrutura de classes ou formações culturais) ao mesmo tempo. Em decorrência disso, ambos são processos sociais ordenados em hierarquias funcionais e estruturais que se organizam progressivamente do nível individual ao da família, ao grupo social até o Estado-nação.

Indubitavelmente, a compreensão dos modos com os quais determinado território é vivenciado na articulação com as formas sociais de reprodução é imprescindível para a construção de práticas e redes de saúde. Ao ultrapassar uma perspectiva paisagística voltada ao espaço, a noção de território se torna imprescindível para o enfoque estratégico-situacional de planejamento participativo das ações em saúde.

Por fim, é inegável a associação estratégica das formas de inserção local com a articulação intersetorial por meio do território. Em geral, a atuação territorial em saúde demanda cooperação técnica para a formulação e a

implementação de práticas e políticas de saúde democráticas e comprometidas com a transformação social<sup>35</sup>.

## **Território e a construção de redes de cuidado em saúde**

Ao assumir que parte considerável dos adoecimentos passam por questões sociais como pobreza, má distribuição de recursos etc., surge a necessidade de as práticas de saúde atuarem sobre o território onde são vivenciadas e reproduzidas formas e situações de saúde e adoecimento<sup>14,15,34,36-40</sup>

Desde a Conferência de Alma-Ata, há um esforço para pensar na saúde coletiva pela via da transformação das condições de adoecimento mediante a expansão da atenção primária. Enquanto prática e política de saúde, a atenção primária comporta três aspectos: primeiro, é um programa de medicina simplificada, o que significa menores custos de financiamento e de operacionalidade; segundo, corresponde ao primeiro nível da atenção em saúde, a porta de entrada do usuário – no Brasil, chamada de atenção básica –, em relação à média e alta complexidade; e terceiro, torna-se um componente estratégico para a organização das políticas e dos serviços de saúde<sup>41,42</sup>.

Considerada imprescindível para a organização do sistema de saúde e melhoria da qualidade de vida da população, a atenção básica passa longe de corresponder a uma imagem menosprezadora de resposta tecnicamente pobre ou menos qualificada, voltada para problemas simplórios.

Sinteticamente, podemos afirmar que, ao reclamar o direito à saúde, a melhoria do acesso aos serviços, a cooperação destes com os distintos setores na construção coletiva e coparticipativa da malha estruturante da atenção primária, os preceitos da Conferência de Alma-Ata propõem mudanças nas relações de poder.

No contexto de tais mudanças, no Brasil, em 1980, aconteceu a VII Conferência Nacional



de Saúde, cujo tema foi 'Extensão das ações em saúde através dos serviços básicos'. Após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, surgiu a proposta da distritalização no ímpeto de organização da rede de Atenção Primária à Saúde.

A atenção primária ganhou corpo na década de 1990 para estender a cobertura em saúde às populações rurais e periféricas, voltando-se especialmente para o grupo materno-infantil, e se desenvolveu a partir da aplicação da ideia de distritalização ao campo da saúde.

Segundo Gondim et al.<sup>43</sup>, a distritalização visa articular uma população definida a um território, que se transforma e modula as ações voltadas a ele. Com isso, torna-se parte imprescindível da construção de redes de serviços em contiguidade com as necessidades de saúde, com o perfil epidemiológico e com as tecnologias e capacidades comunitárias da população, seguindo as diretrizes da integralidade.

Ao integrar a determinação social dos processos saúde-doença no intuito de reformular sistema de saúde e seu financiamento, tais propostas precedem a Lei Orgânica da Saúde<sup>14,39</sup>, que dá cabo a um modelo assentado em universalização, descentralização, intersetorialidade e controle social.

Essa lei prevê a regulação e a consolidação do financiamento público ao setor da saúde. Ela institui a rede de saúde descentralizada, transferindo a responsabilidade da assistência aos governos locais por meio da unificação e da integração das ações em conteúdo (preventivas, curativas e de reabilitação) e gestão (nos níveis municipal, estadual e federal) na unicidade das estruturas de rede gestora organizada em cada localidade. Como desdobramento, o campo da saúde deve atuar visando empoderar a população a participar ativamente na formulação, na implementação e no controle das ações em saúde<sup>44,45</sup>.

Desse modo, é imprescindível partir das demandas e possibilidades existentes no próprio território para construção, gestão, organização e controle descentralizados da rede universal de atenção em saúde, pois é

no território que se encontram, conflitam e se articulam os vários setores (assistência social, segurança pública, educação etc.) que compõem a rede intersetorial referente às questões de saúde/doença.

Nesse sentido, a atenção básica busca a intersetorialidade a fim de aumentar a efetividade, a qualidade, a equidade e a integralidade nas intervenções ao passo que se dirige à ideia e às práticas de promoção de saúde. Enquanto concentração de políticas públicas intersetoriais voltadas para a melhoria das condições e mudança nos modos de vida, a promoção se liga à rede básica de atenção para produzir práticas de acolhimento, vinculação e resolução no plano coletivo e ampliado de saúde.

Por fim, é, sobretudo, por intermédio do território que se exerce o controle social das ações e serviços de saúde. Controle e avaliação que se dão mediante os Conselhos – Nacional, Estadual, Municipal e Regional –, bem como por meio de outras estratégias de participação e avaliação que passam pela comunicação com os territórios de saúde no intuito de democratizar o acesso às informações, a fim de oferecer subsídios para o exercício efetivo do planejamento e da fiscalização popular das políticas públicas de saúde.

É no entreposto dessas quatro diretrizes que a Rede de Atenção Básica de Saúde figura como estratégia essencial para a reorientação do sistema de saúde. Estratégia que alia a capacidade técnica à verve de democratização, convocando e inventando formas de incentivar, possibilitar e incrementar a participação ampliada da população nos espaços decisórios, especialmente em nível local.

Assim, a atenção básica reorienta a ação e os serviços de saúde de baixo, como base que alicerça a pirâmide de complexidade e de extensão. É a partir das estratégias centradas no território que se definem prioridades, alternativas de ação, assim como alocação de recursos e condução dos processos até a resolução, controle ou desfecho do problema.

Outrossim, é a partir do território que se propõe a organização da prestação de serviços

na atenção à demanda espontânea e na oferta organizada de ações programáticas. Disso, são construídos os programas de controle de doenças ou de atenção a grupos populacionais específicos, sejam tais grupos segmentados em relação às áreas que habitam, aos riscos que correm, ou às atividades ou ocupações que desempenham. Ademais, desde o território, organiza-se a vigilância em saúde, que articula as necessidades de saúde às condições e modos de vida sob a luz da integralidade e da ação intersetorial. Com isso, vemos que a vigilância se desdobra na prevenção de riscos e de agravos que tem ação sanitária e epidemiológica voltada ao controle de epidemias e endemias.

Transferir a gestão da saúde ao nível local é estratégico na medida em que leva em conta a singularidade dos usuários, seus modos de agir, comunicar e significar o mundo e a vivência singular do entorno que habitam. É apenas no cotidiano imediato que o território tem a garantia de comunicação na copresença e na contiguidade física das pessoas, das instituições, do ambiente etc., os quais se relacionam em um mesmo espaço. Logo, é na conjunção entre pessoas, instituições e ambiente que são tecidas as significações simbólica-cultural-existencial cotidianas de um território. Isso faz com que periferias gentrificadas, territórios rurais com conflitos de terra ou de realocação de indígenas, por exemplo, tenham dificuldades e demandas muito particulares, mas também potencialidades especialmente singulares<sup>24</sup>.

Por isso, é no esforço de concatenar tais nuances que pensamos no território a partir da territorialidade, marcado pelos modos de interação entre as pessoas e com o espaço habitado. Nesse viés, é possível democratizar o planejamento, o atendimento, a execução e a avaliação das práticas de saúde para a operacionalização de um conceito de território operativo na escala social do cotidiano, que serve de analisador e ferramenta estratégica para a construção e a atuação na rede de atenção à saúde.

## Conclusões

No trajeto percorrido, observamos como a incorporação da noção de território, por meio da vivência e da reprodução social em múltiplas instâncias da vida, é crucial para a organização de práticas de saúde com fins de transformação social. Nesse âmbito, o profícuo diálogo com uma geografia crítica tem sido fundamental à aprimoração do campo da saúde coletiva.

Uma vez que o modelo do campo da saúde elucidada que as causas de morte e adoecimento podem ser mais bem resolvidas com ações integradas de cunho social, a noção de território, enquanto espaço praticado e vivido<sup>21</sup>, aparece como crucial para a reorganização das práticas e dos serviços de saúde. Entretanto, a fim de operacionalizar a aplicação e o uso desse conceito à saúde, deve-se incorporar a vivência, os múltiplos modos de reprodução social, identitária, política, econômica etc. do território aos processos de construção, gestão e avaliação das redes de saúde.

A noção de território é uma chave de leitura à democratização efetiva do sistema de saúde brasileiro e dá base aos preceitos de universalização, equidade, descentralização, intersetorialidade, participação e controle social nele estipulados.

Nesse sentido, a saúde coletiva é inseparável da seguridade social e do ímpeto de transformação social. Desse modo, a atenção à saúde se relaciona com o conjunto de iniciativas do Estado e da sociedade que visam bem-estar, igualdade e justiça, concretizados no exercício dos direitos sociais (abrangendo previdência, saúde, assistência social etc.) e na distribuição de benefícios, ações e serviços pelo Estado segundo uma lógica universalista e equitativa.

Assim, é inevitável que a democratização do acesso aos lugares de decisão, planejamento, gestão e avaliação da saúde desde a incorporação do território acabe gerando tensionamentos e eventuais mudanças nas relações de poder. No escopo dessa tensão, à medida que a organização dos sistemas de saúde propicia e tende a produzir a emancipação dos usuários,



podemos afirmar, em consonância com Paim<sup>46</sup>, que o profissional de saúde se torna simultaneamente um técnico de necessidades sociais em saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde.

Ao implicar e comprometer a população no cotidiano dos processos coletivos de trabalho em saúde, amplia-se a atuação em saúde, expandindo uma abordagem de resolução imediata de problemas, de busca por pessoas em risco de contrair alguma doença específica, para o âmbito da construção de ações coletivas sobre as múltiplas determinações sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais de adoecimento e saúde.

Por isso, é por meio do território que se combinam métodos e abordagens diversas e complementares, propiciando a efetiva e concreta participação social de modo a fazer da atenção à saúde uma atribuição não só dos

serviços a ela destinados. A responsabilização coletiva pelo bem-estar das pessoas passa pela participação coletiva na coalizão entre poder público, privado e as redes informais que perpassam o território e pela inevitável reorientação dos serviços, bem como por ações de minimização da pobreza, incidindo sobre as dificuldades de reverter os quadros de desigualdades injustas, indignas ou evitáveis, as chamadas iniquidades em saúde<sup>16</sup>.

## Colaboradores

Prado GAS (0000-0001-9318-8580)\* contribuiu para concepção da pesquisa, delineamento do estudo, orientação acadêmica e redação do artigo. Caetano MVA (0000-0003-0468-4422)\* contribuiu para revisão crítica e redação da versão final do artigo. ■

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos Pela Saúde).
2. Ministério da Saúde (BR). A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 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, Brasília, DF. 2010 dez 31; Edição 252; Seção I:88.
4. Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Minayo MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 93-121.
6. Menezes JEO, Ventura MS. Vilém Flusser. O engenho e a arte do ensaio como engajamento no diálogo. PAULUS Rev Comun FAPCOM. 2020;4(8):51-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.31657>
7. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
9. Foucault M. *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
10. Santos M. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.
11. Westphal M. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
12. García JC. *Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde*. In: Nunes ED, organizador. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez Editora; 1989. p. 68-99.
13. Monken M, Peiter P, Barcellos C, et al. *O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
14. Paim JS. *Políticas de saúde no Brasil*. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-601.
15. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
16. Almeida Filho N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
17. Soares Junior AQ, Santos MA. *A territorialidade e o território na obra de Robert David Sack*. *Geografia*. 2018;27(1):7-25. DOI: <https://doi.org/10.5433/2447-1747.2018v27n1p7>
18. Breilh J, Granda E, Campaña A, et al. *La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque*. Quito: Corporación Editora Nacional Ecuador; 1990.
19. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
20. Bernardes AG. *Pesquisar com o Território: algumas apostas metodológicas*. *Psicol ciênc prof*. 2018;38(2):291-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003492017>
21. Harvey D. *A produção capitalista do espaço*. São Paulo: Annablume; 2006.
22. Ratzel F. *El territorio, la sociedad y el Estado*. In: Mendoza JG, Jiménez J, Cantero N. *El pensamiento geográfico*. Madri: Alianza Editorial; 1982.
23. Raffestin C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática; 1993.
24. Farias JM, Hennigen I. *A Tekoa Ka'aguy Porã: espaço ancestral e produção de subjetividade Mbya-Guarani*. *Psicol ciênc prof*. 2019;39(esp):53-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221659>
25. Sack R. *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
26. Costa B. *As relações entre os conceitos de identidade, território e cultura no espaço urbano: por uma abordagem microgeográfica*. In: Rosendahl Z, Corrêa R. *Geografia: temas sobre cultura e espaço*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2005.
27. Haesbaert R. *Identidades territoriais*. In: Rosendahl Z, Corrêa R. *Manifestações da cultura no espaço*. Rio de Janeiro: Eduerj; 1999.
28. Haesbaert R. *O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
29. Santos M. *Por uma outra globalização: do pensamento único a consciência universal*. Rio de Janeiro: Record; 2004.
30. Santos M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.

31. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
32. Latour B. Onde estou? Lições do confinamento para uso dos terrestres. São Paulo: Bazar do Tempo; 2021.
33. Santos M. As metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
34. Buss PM, Carvalho AI. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 121-42.
35. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00059116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
36. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. *Aqui*. 2015;15(4):529-40. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.8>
37. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc*. 2012;21(3):572-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>
38. Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate*. 2014;38(102):593-606. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
39. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 459-91.
40. Silva AB, Pinho LB. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(3):420-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>
41. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 493-545.
42. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol Soc*. 2013;25(esp2):9-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600003>
43. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da Saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-55.
44. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. p. 89-120.
45. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>
46. Paim JS. Os desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

---

Recebido em 15/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editor responsável:** Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos



## Fonte Usual de Cuidados: conceitos, métodos e fatores determinantes na avaliação da atenção primária

*Usual Source of Care: concepts, methods and determining factors in the assessment of primary care*

Maísa Mônica Flores Martins<sup>1</sup>, Nília Maria de Brito Lima Prado<sup>2</sup>, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas<sup>2</sup>, Rosana Aquino<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28812P

**RESUMO** Este estudo teve por objetivo sistematizar, na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de Fonte Usual de Cuidados (FUC), as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados com o seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão de escopo. A busca foi realizada nas bases de dados Web of Science, Scopus, Science Direct e PubMed, sem restrição de período de publicação e idiomas. Critérios de elegibilidade: estudos originais que respondiam à pergunta de investigação definida previamente e disponíveis nas bases de dados. Foram identificados 632 artigos, dos quais 41 constituíram a amostra final deste estudo. Esta revisão constatou que, ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior renda, escolaridade e ter seguro saúde estiveram associados ao reconhecimento de uma FUC. Evidências semelhantes foram observadas para FUC Atenção Primária à Saúde (APS), além de estudos destacarem outros determinantes que demonstram maior vulnerabilidade dos indivíduos. A partir dos fatores determinantes, observaram-se desigualdades no reconhecimento de uma FUC na maioria dos países, variando em relação aos contextos organizacionais dos sistemas de saúde, o qual evidencia que os sistemas universais são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Sistemas de saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to systematize, in the national and international scientific literature, the concepts of Usual Source of Care (FUC), the methodological approaches used and the determining factors related to its recognition by users of health services. This is a scoping review. The search was carried out in the Web of Science, Scopus, Science Direct and PubMed databases, without restriction of publication period and languages. Eligibility criteria: original studies that answered the previously defined research question and available in the databases. A total of 632 articles were identified, of which 41 constituted the final sample of this study. This review found that being female, white race/color, higher income, education and having health insurance were associated with the recognition of a FUC. Similar evidence was observed for FUC Primary Health Care (PHC), in addition to studies highlighting other determinants that demonstrate greater vulnerability of individuals. Based on the determining factors, there were inequalities in the recognition of a FUC in most countries, varying in relation to the organizational contexts of the health systems, which shows that the universal systems are favorable for the recognition of a FUC.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health services. Health systems.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.  
maisamonica@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

Uma Fonte Usual de Cuidados (FUC) é definida como um provedor ou um estabelecimento de saúde, como um consultório médico ou um serviço de saúde, a qual normalmente o indivíduo procura quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde<sup>1-6</sup>. O reconhecimento de uma FUC pelos usuários tem sido objeto de análise na literatura internacional<sup>1,3,7-10</sup>, em que estudos têm apontado a sua associação com o aumento das taxas de acesso e da satisfação dos usuários com os serviços de saúde<sup>9</sup>, sendo também utilizada como uma medida de acesso<sup>8</sup>.

Os sistemas universais de saúde, principalmente aqueles baseados em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) que buscam assegurar o acesso e o primeiro contato, apresentam resultados promissores para a saúde dos indivíduos e demandam menos dos demais níveis de atenção<sup>11</sup>. Na APS, a manutenção de uma relação contínua do usuário com um serviço ou um provedor individual é considerada um forte indicador de acesso, sendo associada com aumento de serviços preventivos, redução no uso dos serviços de emergências e diminuição do tempo de internação hospitalar<sup>9,12-17</sup>. Além disso, os indivíduos que têm uma fonte usual de APS durante sua vida apresentam maior satisfação com a atenção à saúde recebida<sup>11</sup>.

O reconhecimento, pelos usuários, de uma FUC na APS está associado com a melhoria da qualidade do cuidado e, por conseguinte, com as condições de saúde dos indivíduos, uma vez que ela contribui para o fortalecimento dos vínculos da relação de responsabilização e de confiança entre usuários e equipe de saúde; aumenta a possibilidade de diagnóstico e tratamentos mais acurados, além de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde<sup>18-20</sup>. Dos atributos da APS identificados por Starfield<sup>19</sup>, a longitudinalidade é parte crucial para os serviços desse nível de atenção à saúde, sendo definida como a presença de uma fonte usual de cuidado observada por

meio da identificação de um médico, de uma equipe, de profissionais de saúde ou um local específico de atenção<sup>21</sup>.

O termo FUC, entretanto, é pouco utilizado na literatura nacional, tampouco há um consenso quanto a sua forma de definição e abordagem metodológica nos estudos internacionais. Assim, conhecer os conceitos empregados e sua operacionalização, bem como os determinantes individuais e contextuais que influenciam nesse reconhecimento, é de grande relevância para a avaliação da atenção à saúde, posto que tem uma forte relação com a avaliação do atributo da longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, com a efetividade da atenção à saúde. Sendo assim, este estudo tem por objetivo sistematizar, na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de FUC, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados com o seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão de escopo, uma estratégia metodológica amplamente empregada em revisões que buscam mapear as evidências de um objeto, a fim de subsidiar estudos mais aprofundados sobre a temática<sup>22</sup>. Foi elaborada segundo o método proposto pelo Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual<sup>23,24</sup> e que tem como base as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews<sup>25</sup>, com as seguintes perguntas de investigação: quais os conceitos e os métodos de pesquisa utilizados pela literatura para investigar o reconhecimento de uma FUC? E quais os fatores determinantes para o reconhecimento de uma FUC?

Foram realizadas buscas eletrônicas de artigos nas bases de dados: Web of Science, Scopus, Science Direct e PubMed, sendo considerado os seguintes descritores: “*Primary Health Care*”, “*Primary Care*”, e “*Usual Source*

of Care”. Os descritores foram definidos mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), e “Usual Source of Care” foi utilizado como termo por não existir registro nas bases consultadas. Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: a) na base PubMed: ((“Primary Health Care” [Title/Abstract] OR “Primary Care” [Title/Abstract])) AND “Usual Source of Care” [Title/Abstract]; b) na base Scopus, foi mediante a busca por: Article title, Abstract, Keywords: ((“Atenção primária à saúde” OU “Atenção primária”) AND (“Fonte habitual de cuidados”)); c) na base Web of Science, a busca foi orientada pela chave: Tópico (TS)=((“Primary Health Care” OR “Primary Care”) AND (“Usual Source of Care”)); e d) na base Science Direct, Find articles with these terms: “Primary Health Care” AND “Usual Source of Care”.

Como critérios de elegibilidade, foram considerados estudos originais que respondiam às perguntas de investigação definidas previamente e disponíveis nas bases de dados destacadas anteriormente. Com o propósito de conhecer a totalidade dos artigos existentes, não houve restrição para grupos populacionais de interesse, também não foi estabelecido limites quanto ao idioma do estudo, tipo, local de realização do estudo ou ano de publicação. Estudos realizados em grupos populacionais específicos, como portadores de doenças crônicas e em cuidados paliativos, foram excluídos da seleção. Além disso, foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica e de relato de casos, bem como documentos no formato de teses, dissertações, monografias e editoriais. Todas as buscas foram realizadas no dia 6 de fevereiro de 2020.

As bases de dados foram consultadas, e os artigos, transferidos para o *software* Endnote on-line. Após o armazenamento, foram removidos os registros de duplicidade, e duas pesquisadoras independentes selecionaram os artigos por meio da leitura de títulos e resumos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão predefinidos. Os casos em desacordo foram resolvidos por consenso ou decisão de um terceiro pesquisador.

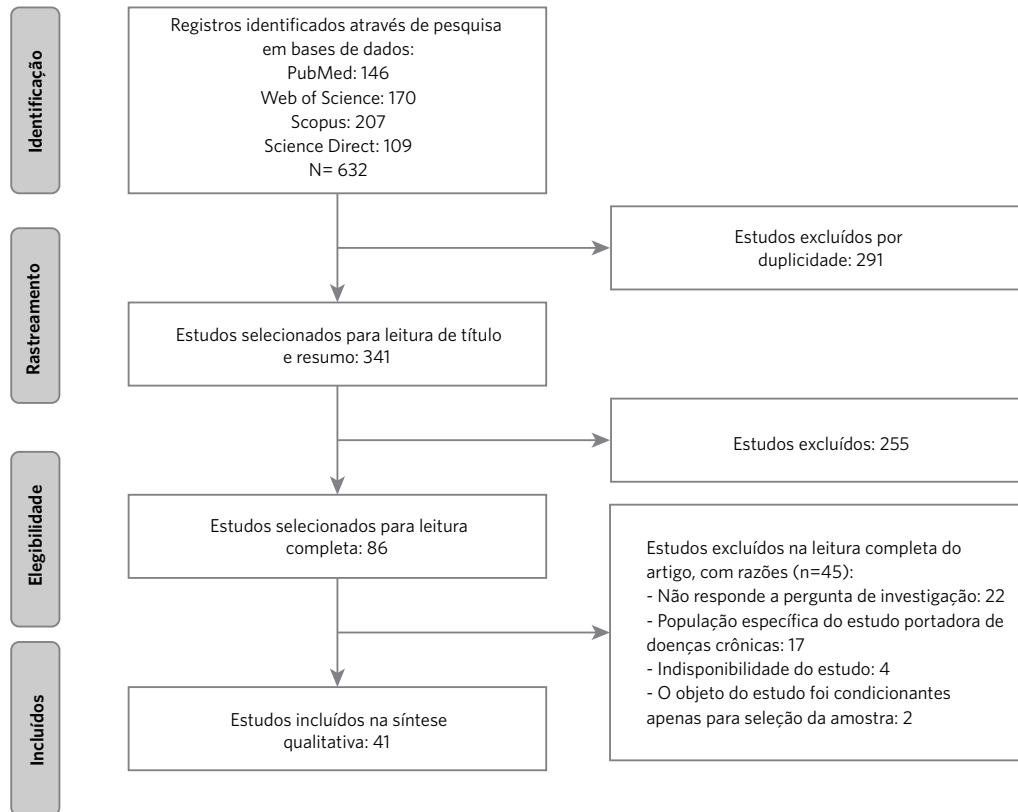
Em seguida, os textos completos foram reunidos para avaliação. Os seguintes dados foram extraídos dos estudos: autor, ano de publicação, país de realização do estudo, período de realização do estudo, fonte de dados, tipo do estudo, população-alvo, seguro saúde, conceito de FUC, forma de operacionalização do questionamento de FUC, tipo da variável FUC, fatores determinantes de FUC e base de dados.

## Resultados

Foram identificados 632 artigos, sendo que 291 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados. Após análise dos títulos e resumos, 255 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Foram selecionados 86 para leitura e análise na íntegra, e, destes, 45 artigos foram excluídos: 22 estudos por não responderem às perguntas de investigação; 17 por terem como população específica do estudo indivíduos com doenças crônicas; 4 pela indisponibilidade de acesso do texto completo, e em 2 estudos, a FUC foi apenas condicionante para seleção da amostra. A amostra final foi composta por 41 artigos (*figura 1*).



Figura 1. Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão de escopo



Fonte: elaboração própria adaptado de PRISMA ScR<sup>25</sup>.

Em relação à distribuição dos estudos segundo o país de origem, 80,5% dos estudos foram conduzidos nos Estados Unidos da América (EUA), seguidos da Coreia do Sul (9,8%), da China e do Brasil (ambos com 4,9%). Os estudos foram publicados desde o ano de 1982 até 2019, sendo que cerca de 70,7% foram publicados nos últimos dez anos (*tabela 1*).

Quando analisados o tipo de estudo ou a metodologia utilizada, verificou-se que 80,5% dos estudos foram conduzidos por intermédio de um desenho epidemiológico transversal,

sendo que 5 desses estudos (12,1%) utilizaram o método transversal seriado, 14,6% foram estudos longitudinais e apenas 1 estudo se baseou em uma abordagem qualiquantitativa (2,4%). Com relação à população dos estudos, 58,5% dos estudos tiveram como população-alvo os indivíduos adultos; 19,5%, crianças; e 9,8%, adolescentes ou idosos. Quanto às características de definição e análise dos estudos, foi possível verificar uma importante concentração do emprego da variável FUC como variável dependente (desfecho) (63,4%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos estudos selecionados segundo país de realização do estudo, período de publicação, tipo de estudo, população do estudo, tipo da variável FUC e informações sobre seguro saúde

Características dos estudos	N	%
<b>Local do estudo (países)</b>		
Estados Unidos da América	33	80.5
Coreia do Sul	4	9.8
China	2	4.9
Brasil	2	4.9
<b>Período de Publicação dos Estudos</b>		
Década de 1980	1	2.4
Década de 1990	4	9.8
Década de 2000	7	17.1
Década de 2010	29	70.7
<b>Tipo de Estudo</b>		
Transversais	34	82.9
Longitudinais	6	14.6
Qualiquantitativo	1	2.4
<b>População de estudo</b>		
Crianças	8	19.5
Adolescentes	4	9.8
Adultos jovens	1	2.4
População adulta	24	58.5
Idosos	4	9.8
<b>Tipo da variável FUC</b>		
Dependente	26	63.4
Independente principal	12	29.3
Covariável	3	7.3

Fonte: elaboração própria.

## Qual o conceito e operacionalização do termo Fonte Usual de Cuidados?

No *quadro 1*, buscou-se sistematizar os conceitos empregados e a forma de operacionalização da pergunta utilizada para a investigação de FUC pelos estudos selecionados. Conforme a literatura investigada, cerca de 14 estudos não apresentaram um conceito estabelecido para FUC<sup>10,26-38</sup>. Entre os conceitos/definições utilizados, houve uma maior predominância,

em torno de 13 estudos, que definiram FUC como um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos<sup>1,4-6,18,39-46</sup> (*quadro 1*).

Outros estudos deram enfoque especificamente a um lugar/serviço de saúde, sendo então definido como consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários<sup>2,3,7,47-49</sup> (*quadro 1*).

Além dessas definições, cinco estudos referiram como um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando preciso<sup>8,17,50-53</sup>, e um estudo como um facilitador para o indivíduo obter cuidados de saúde quando necessários<sup>54</sup>. Um estudo desenvolvido nos EUA destacou FUC como um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home – PCMH), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento<sup>55</sup> (*quadro 1*).

Com relação às formas de operacionalização da pergunta para investigar a existência ou o reconhecimento de uma FUC, observou-se variabilidade nas questões com diferenças pouco substanciais. Cerca de 20 estudos utilizaram o questionamento baseado na existência de um local, o que reflete o conceito da maioria deles. Destes, 13 estudos operacionalizaram a pergunta da seguinte forma: ‘Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?’<sup>5,18,27,29,30,32,36,38,42,44-46,48</sup> (*quadro 1*).

Dois estudos investigaram FUC considerando apenas a existência de um profissional

médico ou um outro profissional de saúde, por exemplo: há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?<sup>28,37</sup>, ou há um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente?<sup>3</sup>, entre outras abordagens que consideram FUC apenas como a figura de um profissional de saúde (*quadro 1*).

Outrossim, oito estudos consideram a existência do profissional médico e do local de saúde, como: existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisando de conselhos sobre sua saúde?<sup>2,4,6,8,39,41,43,53</sup> (*quadro 1*).

Três estudos questionam apenas a disponibilidade de uma FUC, como: você tem uma FUC?<sup>10,31,51</sup>. Outro estudo relaciona a presença de uma FUC com a cobertura de seguro saúde<sup>40</sup>, e apenas um estudo não apresentou um questionamento definido<sup>34</sup> (*quadro 1*).

O conceito e a forma de operacionalização da pergunta para avaliar a disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC não apresentaram diferenças ou especificidades quando observados por população etária.

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> ; Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup> ; Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup> ; Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup> ; Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Shi et al., 2013 <sup>34</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Nothelle et al., 2018 <sup>37</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>38</sup> .	Não apresenta conceito de FUC.	14	Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> .	A criança teve contato com médico, e qual o número de contatos no último ano?	1
			Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup> ; Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>38</sup> .	Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?	6
			Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup> .	Você tem FUC?	1
			Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> .	A criança e/ou ambos os pais têm uma FUC? A criança tem uma FUC e/ou ambos os pais não têm FUC? A criança não tem FUC e/ou ambos os pais têm FUC, e nem o filho nem os pais têm uma FUC?	1

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
			Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> .	Você tende a procurar os serviços de saúde no mesmo local?	1
			Hall et al., 2015 <sup>35</sup> .	Com que frequência, em média, vocês (mulheres) haviam consultado um profissional de saúde nos últimos cinco anos e que tipo de estabelecimento de saúde haviam visitado com mais frequência?	1
			Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Nothelle et al., 2018 <sup>37</sup> .	Há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente e precisa de aconselhamento sobre sua saúde?	2
			Shi et al., 2013 <sup>34</sup> .	O questionamento não foi definido.	1
Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Khan; Thapa; Zhang, 2017 <sup>43</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup> ; Chaiyachati et al., 2017 <sup>45</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup> ; Stewart et al., 2019 <sup>1</sup> .	Um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisa de cuidados médicos.	13	Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup> .	A criança tem uma pessoa ou lugar em particular que geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos de prevenção e de rotina?	1
			Devoe et al., 2012 <sup>40</sup> .	A criança tinha cobertura de seguro saúde e/ou FUC no mesmo período durante o ano?	1
			Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Khan; Thapa; Zhang, 2017 <sup>43</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup> .	Você costuma ir ao mesmo lugar, ao mesmo médico ou serviço de saúde quando precisa de cuidados de saúde?	4
			Stewart et al., 2019.	Você sabe onde seu tio vai ao médico?	1
Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Devoe; Petering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> ; Choi, 2011 <sup>51</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Cross; Kelly, 2015 <sup>53</sup> .	Refere-se a um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando necessário.	6	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> .	Você tem um local de atendimento usual, e um médico pessoal ou enfermeira?	1
			Devoe; Petering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> .	Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisam de cuidados de saúde?	2
			Choi, 2011 <sup>51</sup> .	Você tem FUC?	1
			Cross; Kelly, 2015 <sup>53</sup> .	Há algum médico ou clínica particular que você costuma ir quando está doente ou para obter conselhos sobre sua saúde?	1
			Cunningham, 2015 <sup>52</sup> .	Há um determinado provedor de cuidados de saúde (diferente de um hospital de emergência) a quem geralmente procura quando está doente ou precisando de aconselhamentos sobre saúde?	1
Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup> ; Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> ; Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> ; Du et al., 2015 <sup>3</sup> .	Consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários.	6	Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup> .	Por que hoje você não levou seu filho para o seu médico regular? O que fez você hoje vir para a sala de emergência em vez de ir para o médico de cuidados primários da criança?	1

Quadro 1. Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados

Referência	Conceito	Nº de artigos	Referência	Formas de operacionalização	Nº de artigos
			Davis et al., 2017 <sup>48</sup> .	Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde ou precisando fazer um check-up?	1
			Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> .	Existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar conselhos sobre sua saúde? Existe um médico ou lugar que conhece você melhor como pessoa? Há um médico ou lugar que é o mais responsável pelos seus cuidados de saúde?	1
			Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> .	Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisando de cuidados de saúde?	2
			Du et al., 2015 <sup>3</sup> .	Tem um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente?	1
Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> .	Constitui um facilitador significativo de agendamento e recebimento de exames de saúde de rotina.	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> .	No ano passado, você marcou alguma consulta com um médico ou outro provedor de saúde para cuidados de saúde de rotina ou regulares?	1
Lau et al., 2013 <sup>55</sup> .	É um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home (PCMH), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento para adolescentes em idade de transição.	1	Lau et al., 2013 <sup>55</sup> .	Há algum lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde?	1

Fonte: elaboração própria.

## Os determinantes do reconhecimento de uma FUC

Dos estudos analisados, 12 deles investigaram, como população-alvo, crianças e adolescentes, sendo observados fatores determinantes para o reconhecimento da existência de uma FUC. Dentre as características demográficas, destacaram-se: idade mais jovens<sup>9,10,28</sup>, e ser do sexo feminino<sup>28,49</sup>. Entre os fatores

socioeconômicos, observaram-se raça/cor branca<sup>28</sup> e não hispânicos<sup>9</sup>, maior nível de escolaridade dos pais<sup>10,32</sup>, pai empregado<sup>39</sup>, e boas condições de renda<sup>10,32,40</sup>.

O seguro saúde foi utilizado pela grande maioria dos estudos para avaliar o reconhecimento de uma FUC, comparando a condição de segurado (sim ou não) ou o tipo de seguro (público ou privado). Observa-se alta concentração de estudos comparando as condições de indivíduos segurados e não segurados (58,5%). Entre os estudos que avaliaram crianças e

adolescentes, seis deles analisaram a variável seguro saúde como um determinante para o reconhecimento de uma FUC, sendo que dois dos estudos indicam seguro privado ou público<sup>32,40</sup>; dois estudos, seguro privado<sup>26,39</sup>; e dois estudos, seguro público<sup>17,9</sup> (quadro 2).

O reconhecimento de uma FUC entre as crianças e adolescentes esteve associado com fatores relacionados com estado de saúde, hábitos e comportamentos de vida, como a atividade sexual ativa<sup>30</sup> e estado de saúde bom ou excelente<sup>28</sup>; e com relação aos serviços de saúde, com a confiança no profissional de

saúde<sup>30</sup>, acesso as ações preventivas e necessidades atendidas<sup>10</sup> (quadro 2).

Apenas três estudos avaliaram o tipo de FUC, entre as crianças e adolescentes, sendo que o sexo feminino esteve associado à FUC de APS<sup>28</sup>. Para a FUC de emergência, observou-se associação com indivíduos do sexo masculino<sup>28</sup>, raça/cor afro-americanos, menor escolaridade dos pais, residentes na zona rural e não disponibilidade de um seguro saúde<sup>29</sup>, e confiança dos pais no pediatra da emergência<sup>47</sup> (quadro 2).

Quadro 2. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de crianças e adolescentes

Fatores determinantes	Reconhecimento de uma FUC			Tipo de FUC			
	Categoria com maior chance de referir uma FUC	Nº de artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo		Nº de artigos	Referências
				APS	Emergência		
<b>Demográficos</b>							
Idade	Mais jovens	3	Klein et al., 1999 <sup>28</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup> ; Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				
Sexo	Feminino	2	Rew; Resnick; Beuhring, 1999 <sup>49</sup> ; Klein et al., 1999 <sup>28</sup>	Feminino	Masculino	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>
<b>Socioeconômicos</b>							
Raça/cor	Branco	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>		Afro-americanos	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
	Não-hispânico	1	Devoe et al., 2009 <sup>50</sup>				
Escolaridade	Maior escolaridade	2	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup>		Menor escolaridade dos pais	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
Ocupação	Pai empregado	1	Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup>				
Condições financeiras	Boas condições de renda	3	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup>				
Local de residência					Residir na zona rural	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>
Seguro saúde	Seguro (privado ou público)	2	Devoe et al., 2012 <sup>32</sup> ; Devoe et al., 2012 <sup>40</sup>				
	Seguro privado	2	Newacheck et al., 1998 <sup>26</sup> ; Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 <sup>39</sup>				
	Seguro público	2	Devoe; Petering; Krois, 2008 <sup>17</sup> ; Devoe et al., 2009 <sup>50</sup>		Falta de seguro Saúde	1	Wilson; Klein, 2000 <sup>29</sup>

Quadro 2. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de crianças e adolescentes

Fatores determinantes	Reconhecimento de uma FUC			Tipo de FUC			
	Categoria com maior chance de referir uma FUC	Nº de artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo		Nº de artigos	Referências
				APS	Emergência		
<i>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</i>							
Comportamentos de vida	Atividade sexual ativa	1	Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup>				
Estado de saúde	Bom ou excelente	1	Klein et al., 1999 <sup>28</sup>				
<i>Serviço de saúde</i>							
Vínculo profissional e paciente	Confiança no profissional de saúde	1	Mckee; Fletcher, 2006 <sup>30</sup>	Confiança no pediatra da emergência	1	Stockwell et al., 2010 <sup>47</sup>	
Ações ofertadas	Acesso a ações preventivas	1	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				
Satisfação do usuário	Necessidades atendidas	1	Devoe et al., 2011 <sup>10</sup>				

Fonte: elaboração própria.

Nos estudos que tiveram como população-alvo adultos, idosos e população geral (29 estudos), foram observados como fatores determinantes mais frequentes no reconhecimento e disponibilidade de uma FUC: sete estudos identificaram a idade mais avançada (acima de 60 anos)<sup>4,6-8,18,42,46</sup>; oito estudos, ser do sexo feminino<sup>2,4,6,8,18,41,42,48</sup>, estado civil casado<sup>8</sup>, e divorciados/separados ou viúvos<sup>6,18,42</sup> (*quadro 3*).

Quanto às características socioeconômicas, houve associação com as características de raça/cor branca<sup>4,7,8,48</sup>, e não hispânicos<sup>27,41,44</sup>, com maior nível de escolaridade<sup>4,27,33,41</sup>, bem como para o baixo nível de escolaridade<sup>4,6,18,42</sup>, boas condições de renda<sup>27,33,41,52</sup> e de moradia, sendo que quatro dos estudos que ressaltaram o local de residência indicaram a área urbana como fator favorável para o reconhecimento de uma FUC<sup>4,27,33,41</sup>. Ainda com relação às características socioeconômicas, observa-se que cerca de sete estudos ressaltaram essa associação com a disponibilidade do seguro saúde<sup>5,8,18,33,34,44,51</sup> (*quadro 3*).

Outras características encontradas nos estudos com população de adultos e idosos foi a condição do estado de saúde, hábitos de vida e problemas de saúde, sendo considerados

como determinantes um bom estado de saúde<sup>27,38,46,52</sup>, não ser fumante<sup>41</sup>, apresentar doença física ou mental<sup>2</sup>. Além disso, cerca de cinco estudos destacaram a presença de doenças crônicas<sup>5,8,18,42,46</sup> (*quadro 3*).

Com relação às características dos serviços de saúde que favorecem o reconhecimento de uma FUC pelos adultos e idosos, destacam-se a facilidade de agendamento, a realização de exames de rotina<sup>54</sup> e a confiança<sup>1</sup> (*quadro 3*).

Para a população de adultos e idosos, cerca de oito estudos analisaram o reconhecimento de uma FUC segundo o tipo, sendo identificados, como fatores associados com maior frequência: a FUC de APS, a idade com 45 anos ou mais<sup>4</sup>, ser do sexo feminino<sup>4</sup>, solteiro<sup>35</sup>, raça/cor branca<sup>35,36</sup>, e pardos ou indígenas<sup>4,36</sup>, menor nível de escolaridade<sup>4</sup>, desempregada<sup>35</sup>, crescimento econômico dos pobres<sup>33</sup>, residir na zona rural<sup>4,35</sup>, e ter seguro privado de saúde<sup>48</sup>. Entre os fatores determinantes associados ao reconhecimento de uma FUC de emergência, identificam-se: ser afro-americanos/não brancos<sup>7</sup>, crescimento econômico de grupos populacionais considerados ricos<sup>33</sup>, e relação de desconfiança entre usuário/profissional<sup>36</sup>. Para a FUC consultório com especialista, destacam-se como determinantes mais



frequentes: ser da faixa etária mais jovens<sup>35</sup>, do sexo feminino<sup>35</sup>, da raça/cor branca<sup>35,36</sup>, com boas condições de renda<sup>35</sup> e disponibilidade de seguro privado de saúde<sup>35</sup> (quadro 3).

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC				
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC		Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo				
	FUC	Nº artigos		APS	Emergência/hospital	Especialista		
<b>Demográficos</b>								
Idade	Mais Jovens	3	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>			Mais jovens	1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Mais velhas (acima de 60 anos)	7	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	45 anos ou mais			1	Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
Sexo	Feminino	8	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Tsai et al., 2010 <sup>2</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Feminino		Feminino	2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
	Masculino	3	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup>					
Estado civil	Casado	1	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup>	Solteiro			1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Divorciado/separado/viúvo	3	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>					
<b>Socioeconômicos</b>								
Raça/cor	Não - hispânico	3	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup>	Mesma raça do usuário e profissional			1	Martin; Shi; Ward, 2009 <sup>31</sup>
	Branco	4	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>	Branca		Branca	2	Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Negros	1	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup>	pardos ou indígenas	Afro-americanos/ não brancos		3	Berk; Bernstein, 1982 <sup>7</sup> ; Arnett et al., 2016 <sup>36</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ;
	Grupos não minorias raciais	1	Cunningham, 2015 <sup>52</sup>				1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC				
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC			Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo			Nº artigos	Referências
	FUC	artigos	Referências	APS	Emergência/hospital	Especialista		
Escolaridade	Maior escolaridade	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>					
	Baixo nível de escolaridade	4	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Menor escolaridade			1	Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
Ocupação				Desempregada			1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
Condições financeiras	Boas condições de renda	5	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>	Pró-pobre	Pró-rico	Boas condições de Renda	2	Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
	Baixo nível de renda	2	An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup>				1	Hall et al., 2015 <sup>35</sup>
Local de Residência	área urbana	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup> ; Jerant et al., 2013 <sup>41</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>	Zona Rural			2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Dourado; Medina; Aquino, 2016 <sup>4</sup>
	área rural	1	Davis et al., 2017 <sup>48</sup>					
Seguro saúde	Seguro (privado ou público)	5	Choi, 2011 <sup>51</sup> ; Shi et al., 2013 <sup>34</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Liaw et al., 2018 <sup>44</sup>					
	Seguro privado	2	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; Macinko; Lima-Costa, 2012 <sup>33</sup>	Plano privado		Seguro privado	2	Hall et al., 2015 <sup>35</sup> ; Davis et al., 2017 <sup>48</sup>
<b>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</b>								
Hábitos de saúde	Não fumante	1	Jerant et al., 2013 <sup>41</sup>					
Estado de saúde	Melhor estado de saúde	4	Moy et al., 1998 <sup>27</sup> ; Cunningham, 2015 <sup>52</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup> ; Chaiyachati et al., 2019 <sup>45</sup>					
	Estado de saúde ruim	1	Sung; Lee, 2019 <sup>6</sup>					
Problema de saúde	Portador de doença física ou mental	1	Tsai et al., 2010 <sup>2</sup>					
	Portador de doenças crônicas	5	Rohrer; Kruse; Zhang, 2004 <sup>8</sup> ; An et al., 2016 <sup>42</sup> ; Kim; Jeon; Lee, 2017 <sup>18</sup> ; Stransky, 2017 <sup>5</sup> ; Kim et al., 2019 <sup>46</sup>					

Quadro 3. Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos

Reconhecimento de uma FUC				Tipo de FUC					
Fatores determinantes	Categoria com maior chance de referir uma FUC		Nº artigos	Referências	Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo			Nº artigos	Referências
	FUC				APS	Emergência/hospital	Especialista		
<i>Serviço de saúde</i>									
Organização dos serviços de saúde	Facilidade de agendamento	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup>	Baixa oferta de serviços			1	Chaiyachati et al., 2019 <sup>45</sup>	
	Exames de rotina	1	Hammond; Matthews; Smith, 2010 <sup>54</sup>						
	Alcance dos atributos da APS	1	Du et al., 2015 <sup>3</sup>						
Relação Usuário/profissional	Confiança	1	Stewart et al., 2019 <sup>1</sup>						
				Desconfiança			1	Arnett et al., 2016 <sup>36</sup>	

Fonte: elaboração própria

## Discussão

Os resultados desta revisão oferecem um panorama sobre a aplicabilidade do termo FUC na literatura internacional desde a década de 1980, destacando-se as questões conceituais, a forma de operacionalização da pergunta de investigação, bem como os fatores determinantes do reconhecimento de uma FUC. A revisão proporcionou uma diversidade de cenários de investigação, análises e realidades demográficas, socioeconômicas e organizacionais de diferentes sistemas de saúde.

A análise das categorias e dos contextos envolvidos com a temática FUC revelou uma visão ampla de questões e desafios pouco explorados no Brasil, especialmente, com o uso da terminologia FUC, mas também evidenciou a importância de alguns fatores determinantes para a disponibilidade de uma FUC<sup>3,34,52,53</sup>.

Ressalta-se que a bibliografia revisada apresentou algumas variações na forma de definição e operacionalização do termo FUC, sendo utilizadas referências a um local ou a um profissional de saúde, especialmente, o

médico; bem como estudos que consideram ambas as informações. É importante ressaltar que, apesar de o período de publicação dos estudos ser consideravelmente dilatado, em torno de quase 40 anos, não foi possível verificar nenhuma tendência temporal no tipo de questões utilizadas, havendo uma variabilidade na literatura que pode estar relacionada com o tipo de dado utilizado, uma vez que muitos estudos utilizaram dados em painéis ou inquéritos a partir de dados secundários.

Na literatura, não existe um consenso entre as características que influenciam no reconhecimento de uma FUC. Os determinantes associados entre os grupos populacionais apresentam semelhanças para os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde, havendo uma preponderância de características que ressaltam maior atenção à saúde ou melhores condições sociais e econômicas, como: ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior nível de escolaridade, boas condições de renda e de moradia, ter seguro saúde, e um bom estado de saúde.

Dentre as divergências dos determinantes entre os grupos etários, destacam-se

as crianças e os adolescentes, a idade mais jovem<sup>9,10,28</sup>, a atividade sexual ativa<sup>30</sup>, a confiança no profissional de saúde<sup>30,47</sup> e o acesso às ações preventivas<sup>10</sup>. Enquanto para os adultos e idosos, foi observada a idade mais avançada<sup>4,6-8,18,42,46</sup>; para alguns estudos, o baixo nível de escolaridade<sup>4,6,18,42</sup>, o estado civil solteiro/divorciado/viúvo<sup>6,18,42</sup>, a presença de doença crônica<sup>5,8,18,42,46</sup>, física e mental<sup>2</sup>, e não ter o hábito de fumar<sup>41</sup>.

As desigualdades demográficas e socioeconômicas que influenciam no reconhecimento de uma FUC estão relacionadas com as características individuais, que afetam a busca por serviços de saúde por cada sujeito, e estão associadas também às características e às formas de organização do sistema de saúde. Além disso, esses determinantes podem aumentar ou mitigar as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde<sup>56-58</sup>.

Na análise dos determinantes conforme tipo de FUC, os estudos demonstram algumas divergências entre os grupos etários. Quando observados os fatores que favorecem o reconhecimento da APS como FUC, a única semelhança é ser do sexo feminino<sup>4,28</sup>. Entretanto, a população de adultos e idosos demonstrou outros fatores que facilitam o reconhecimento da FUC de APS, como idade mais avançada<sup>4</sup>, estado civil solteiro<sup>35</sup>, raça branca<sup>36,35</sup>; enquanto outros estudos destacam raça/cor parda e indígenas<sup>4,35</sup>, menor nível de escolaridade<sup>4</sup>, residir na zona rural<sup>4,35</sup> e ter seguro saúde<sup>48</sup>. Já na FUC de emergência, as semelhanças foram observadas para a raça afro-americana<sup>7</sup> e a relação de desconfiança entre usuário e profissional<sup>36</sup>. Na FUC de emergência, para as crianças e adolescentes, observaram-se ainda ser do sexo masculino<sup>28</sup>, menor nível de escolaridade dos pais, não ter seguro e residir na área rural<sup>29</sup>. Por fim, a FUC consultório com especialista foi identificada apenas nos estudos conduzidos com populações de adultos e idosos, tendo os seguintes determinantes associados: ser da faixa etária jovem<sup>35</sup>, do sexo feminino<sup>35</sup>, raça/cor branca<sup>35,36</sup>, boas condições de renda e disponibilidade de seguro privado de saúde<sup>35</sup>.

Esta revisão apontou o quanto os contrastes sociais e econômicos<sup>1,27</sup> são barreiras determinantes para o reconhecimento de uma FUC e, conseqüentemente, para o acesso a cuidados adequados de saúde. Um estudo conduzido nos EUA destaca as dificuldades de os americanos acessarem um serviço de cuidados primários de qualidade, especialmente as pessoas em condições de vulnerabilidade, como as minorias étnicas/raciais e os não segurados<sup>34</sup>. Os estudos selecionados demonstraram diferentes formas de financiamento dos sistemas de saúde (sistema universal público, seguro – saúde: público ou privado) – essa conformação do sistema de saúde pode favorecer um maior acesso para o indivíduo capaz de custear o uso dos serviços ou dispor de plano de saúde, o que pode aumentar as iniquidades na utilização dos serviços de saúde<sup>58</sup>.

Conforme os determinantes observados, a literatura destaca que os indivíduos com melhores condições de renda e residentes na área urbana estavam associados ao aumento da utilização de serviços de saúde<sup>59,60</sup>. Em termos operacionais, a FUC tem sido utilizada muitas vezes para a mensuração de acesso aos serviços de saúde<sup>8,31,34,52,53</sup>. Além disso, um estudo ressaltou que a associação entre a FUC e o acesso já era bem estabelecida em diferentes populações etárias<sup>51</sup>.

A disponibilidade de uma FUC favorece aos indivíduos o acesso aos cuidados de saúde<sup>43</sup>, a avaliação da qualidade do atendimento<sup>2,3,43</sup>, o agendamento de consultas e o recebimento de exames de rotina<sup>54</sup>, o aumento do uso dos serviços preventivos, a diminuição dos serviços de emergência e menor tempo de internação hospitalar<sup>17,50</sup>.

As disparidades no acesso e uso de serviços de APS atingem, especialmente, os indivíduos das minorias raciais/étnicas, bem como dos desfavorecidos economicamente<sup>10,27,29,41</sup>. Desse modo, uma das estratégias para promover cuidados de saúde apropriado e oportuno seria por meio do estabelecimento de uma FUC que promova cuidados de saúde coordenados e centrados no paciente para atender às suas necessidades<sup>1</sup>.

No Brasil, os indivíduos desfavorecidos economicamente referem ter um serviço de APS como sua FUC<sup>4</sup>. Diante dos diferentes contextos analisados, faz-se necessário o fortalecimento dos serviços de APS, por intermédio da expansão e da consolidação da Estratégia Saúde da família (ESF)<sup>4,33</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) buscou avaliar a disponibilidade de uma FUC e identificou que a procura regular é maior entre os indivíduos cadastrados na ESF, com redução significativa para os não cadastrados<sup>61</sup>.

Ter uma FUC de APS está associado a um maior acesso às ações de educação em saúde, maior uso de serviços preventivos, redução no uso de cuidados de emergência, melhora do estado de saúde e maior satisfação com os cuidados recebidos<sup>6</sup>. A existência de uma FUC pode não apenas melhorar a qualidade do cuidado ofertado pela APS, mas também possibilitar aos gestores o monitoramento em saúde, o planejamento e a implementação de intervenções de políticas de saúde, especialmente, para alguns grupos populacionais, como os pacientes com doenças crônicas<sup>3,11</sup>.

A fim de mitigar os problemas de acesso a cuidados de saúde, e de que os usuários recebam um cuidado oportuno, contínuo e resolutivo, faz-se necessário políticas públicas que disponibilizem e fortaleçam os serviços de APS<sup>4,6,33,42</sup>. Nesse sentido, um estudo conduzido no Brasil destacou que a ESF consolidada foi associada ao reconhecimento da APS como FUC e ao menor uso de serviços de emergência<sup>4</sup>. Esses são achados que indicam não apenas a importância da APS em relação à ESF no Brasil, mas também a necessidade de consolidação desse tipo de serviços saúde em todo o País<sup>4</sup>.

A redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde está relacionada com o aumento da oferta de serviços de APS. No Brasil, a expansão da ESF, a partir dos anos 2000, resultou no aumento de utilização/ acesso desses serviços pelos indivíduos mais pobres<sup>33</sup>. Estudo que analisou a PNS no País identificou que as famílias cobertas pela ESF

apresentaram maior probabilidade de ter uma FUC quando comparadas a outros grupos, exceto os moradores urbanos mais ricos com planos de saúde privados. O desempenho da ESF como FUC pode aumentar tanto a equidade como tornar-se cada vez mais universal<sup>62</sup>.

Desse modo, vale ressaltar a importância de sistemas de acesso universal de saúde. Estudo conduzido na Coreia ressalta que um sistema universal de saúde é capaz de favorecer ao usuário a escolha de uma FUC de atenção à saúde<sup>6</sup>. Esse mesmo estudo destaca a fragilidade do sistema de saúde local da Coreia diante dos serviços de APS, o que demonstra a necessidade do fortalecimento deste sistema devido à alta prevalência do setor privado, que acaba negligenciando políticas desse nível de atenção<sup>6</sup>. Além dos problemas de cobertura dos serviços de saúde do referido país, outros países apresentam especificidades, a exemplo dos EUA, em que parcela significativa de indivíduos indicam os serviços hospitalares com sua FUC<sup>49</sup>.

Diante da organização do sistema de saúde dos EUA, baseado em seguros de saúde, muitos americanos sem condições econômicas para o custeio de cuidados ficam à margem de um atendimento adequado de saúde, sendo restrito à avaliação de forma adequada à disponibilidade de uma FUC<sup>6,34</sup>. Desse modo, o país disponibiliza serviços por meio dos centros de saúde que apresentam as seguintes características: localização ou prestação de serviços de saúde para comunidades de elevada necessidade de cuidados de saúde e que têm sérios problemas de acesso a cuidados médicos; sendo ofertados serviços de APS e que facilitam o acesso a atendimento mediante serviços de apoio; e que provêm serviços com taxas baseadas na capacidade de pagamento<sup>34</sup>.

No estabelecimento de uma FUC, a confiança pode ser um meio de superação de barreiras de acesso a cuidados de saúde<sup>1</sup> para a melhor adesão dos pacientes ao plano de cuidados e, obviamente, sucesso do tratamento<sup>4</sup>. No entanto, essa relação de confiança

estabelecida entre paciente e prestador de cuidados/profissional necessita de um tempo para se desenvolver<sup>4</sup>.

Estudo destaca que, independentemente de a FUC ser uma instalação/serviço ou um profissional de saúde, se ela consegue cumprir atributos essenciais da APS, como atenção de primeiro contato, continuidade do cuidado, abrangência e coordenação da atenção, além de reduzir custos, melhora a saúde da população, a experiência do atendimento, bem como permite uma continuidade de cuidados com provedores individuais<sup>44</sup>. No Brasil, a maioria dos cuidados primários do serviço público é fornecida por uma equipe multiprofissional de saúde, o que favorece a resolubilidade da APS, o aumento do escopo das práticas profissionais, além de possíveis estratégias para alcance de melhor coordenação do cuidado<sup>63</sup>.

Ainda com relação aos atributos da APS, estudo conduzido na Coreia destaca a necessidade de as pessoas receberem atendimento abrangente e coordenado pelo médico de primeiro contato em sua própria comunidade, destacando a evidência de que, no referido país, melhorar a APS é fundamental para garantir a qualidade da atenção<sup>42</sup>. Devido à desarticulação do sistema de saúde para os serviços de APS na Coreia, os pacientes com doenças crônicas apresentam uma baixa coordenação do cuidado, ameaçando, assim, a qualidade e a eficiência do sistema, levando a custos desnecessários<sup>42</sup>.

Desse modo, para que a APS cumpra seu propósito, fazem-se necessários a disponibilidade ou o reconhecimento de uma FUC, a fim de fornecer continuidade, coordenar os serviços e ser responsável pelos resultados do cuidado<sup>27</sup>. Ainda assim, é importante que faça parte de um sistema de referência integrado com uma equipe multiprofissional da APS que atua como FUC, o que pode ajudar na redução de despesas, bem como melhorar a qualidade das experiências dos cuidados médicos<sup>2</sup>.

Quando analisadas pela ótica dos modelos de atenção à saúde, a expansão e a consolidação de cuidados primários podem aumentar o acesso a uma FUC com prestadores de APS,

assegurando aos usuários um melhor acompanhamento, monitoramento das condições crônicas e atendimento às necessidades gerais de saúde do paciente<sup>4</sup>.

Os resultados desta revisão reiteram a importância da APS na equidade do acesso, reduzindo as diferenças socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, especialmente, para os indicadores entendidos como *proxy* de vulnerabilidade social, além de favorecer a longitudinalidade e continuidade do cuidado<sup>4,61</sup>.

Os estudos analisados podem ter sofrido algum viés de informação, uma vez que a grande maioria se baseou em autorrelato, podendo superestimar os valores reais de uma FUC. Outra questão que pode ser uma limitação é o desenho de estudo, visto que a maioria dos artigos teve desenhos metodológicos transversais, o que os impede de determinar as relações causais nas associações observadas entre a variável exposição e o desfecho.

Com base nesta revisão, é possível indicar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que encorajem os indivíduos a terem uma FUC, especialmente, em nível de prevenção primária, a fim de reduzir despesas médicas e promover a utilização desejável de uma atenção à saúde<sup>46</sup>, além de melhoraria na qualidade da APS e aplicação de recursos de saúde<sup>3</sup>. Vale ressaltar, ainda, a importância de análise do indicador de FUC no contexto brasileiro, uma vez que estão sendo investigados por grandes pesquisas nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense)<sup>64</sup> e a PNS<sup>65</sup>.

## Considerações finais

Ao ter em conta as especificidades contextuais e os sistemas de saúde de cada país, convém considerar limites para a generalização dos resultados. Novos estudos com desenhos de revisão sistemática podem ser mais adequados para extrapolar as especificidades das informações acerca do problema de pesquisa, tratados aqui de forma abrangente pelos propósitos da revisão de escopo.

Este trabalho colabora para o entendimento dos determinantes que mais influenciam no reconhecimento de uma FUC, bem como dos desafios para efetivação do atributo da longitudinalidade do cuidado, sendo de extrema relevância a consolidação e a expansão da APS de forma homogênea nos territórios. Os resultados sugerem que o reconhecimento de uma FUC pode ser explicado com base na diversidade dos cenários de condução dos estudos, assim como pelas diferenças organizacionais dos sistemas de saúde. Esses fatores explicam, além da determinação social individual, os determinantes estruturais que influenciam no reconhecimento ou na disponibilidade de uma FUC, por exemplo, condições de renda, disponibilidade de seguro saúde, nível de escolaridade, local de moradia etc. Vale ressaltar que, entre estes determinantes, os países com sistemas universais favorecem o reconhecimento da FUC para indivíduos oriundos de contextos sociais e econômicos desfavoráveis, implicando a possibilidade de maior equidade nos cuidados em saúde.

Ainda assim, a revisão permitiu traçar um panorama bastante amplo de desafios para a

avaliação da disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC, especialmente da APS. Essa compreensão abrangente sobre a temática FUC expressa a diversidade de contextos organizacionais dos sistemas de saúde, a qual evidencia que os sistemas universais de saúde são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC, em contraponto a países como os EUA, em que a disponibilidade de uma FUC depende da condição financeira do indivíduo capaz de assegurar o custeio de um seguro saúde. Além disso, os resultados deste estudo têm implicações importantes para o modelo de atenção à saúde no Brasil e em outros países, especialmente para aqueles que baseiam fortemente seus sistemas de saúde em serviços na APS.

## Colaboradoras

Martins MMF (0000-0001-8329-614X)\*, Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\*, Vilasbôas ALQ (0000-0002-5566-8337)\* e Aquino R (0000-0003-3906-5170)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Stewart KA, Ristvedt S, Brown KM, et al. Giving voice to black men: guidance for increasing the likelihood of having a usual source of care. *Am J Mens Health*. 2019;13(3):1557988319856738. DOI: <https://doi.org/10.1177/1557988319856738>
2. Tsai J, Shi L, Yu WL, et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese Community. *Med Care*. 2010;48(7):628-34. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76>
3. Du Z, Liao Y, Chen CC, et al. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int J Equity Health*. 2015;14:60. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0189-4>
4. 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. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0440-7>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



5. Stransky ML. Two-year stability and change in access to and reasons for lacking a usual source of care among working-age US adults. *Public Health Rep.* 2017;132(6):660-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0033354917735322>
6. Sung NJ, Lee JH. Association between types of usual source of care and user perception of overall health care service quality in Korea. *Korean. J Fam Med.* 2019;40(3):143-50. DOI: <https://doi.org/10.4082/kjfm.170093>
7. Berk ML, Bernstein AB. Regular source of care and the minority aged. *J Am Geriatr Soc.* 1982;30(4):251-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1982.tb07096.x>
8. Rohrer JE, Kruse G, Zhang Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. *J Community Health.* 2004;29(1):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1023/b:johe.0000007441.84668.ac>
9. Devoe JE, Saultz JW, Krois L. A medical home versus temporary housing: the importance of a stable usual source of care among low-income children. *Pediatrics.* 2009;124(5):1363-71. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
10. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. Parent and child usual source of care and children's receipt of health care services. *Ann Fam Med.* 2011;9(6):504-13. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1300>
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
12. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, et al. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med.* 2005;45(4):4-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2004.06.023>
13. Xu KT. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. *Health Serv Res.* 2002;37(6):1509-29. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.10524>
14. Piehl MD, Clemens CJ, Joines JD. "Narrowing the gap": decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:791-5. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.8.791>
15. Ryan S, Riley A, Kang M, et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(2):184-90. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.2.184>
16. Kiran T, Moineddin R, Kopp A, et al. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. *Ann Fam Med.* 2018;16(5). DOI: <https://doi.org/10.1370%2Fafm.2291>
17. Devoe JE, Petering R, Krois L. A usual source of care: Supplement or substitute for health insurance among low-income children? *Med Care.* 2008;46(10):1041-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181866443>
18. Kim KM, Jeon H, Lee JH. Having a physician rather than a place as a usual source of care would be better - from 2012 Korea health panel data. *J Korean Med Sci.* 2017;32(1):4-12. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.1.4>
19. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
20. Frank BRB, Viera CS, Ross C, et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2015;39(105):400-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>.
21. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
22. Peters MDJ, Godfrey C, Mcinerney P, et al. Capítulo 11: revisões do escopo. In: Aromataris E, Munn Z, editores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* [Adelaide]: JBI; 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

23. Joanna Briggs Institute. Reviewer's manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: University of Adelaide; 2015.
24. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, et al. Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. *JBIE Evidence Implementation*. 2020;18(10):2119-2126. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
26. Newacheck PW, Stoddard JJ, Hughes DC, et al. Health insurance and access to primary care for children. *N Engl J Med*. 1998;338(8):513-9. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejm199802193380806>
27. Moy E, Bartman BA, Clancy CM, et al. Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):126-39. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0305>
28. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, et al. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 commonwealth fund survey of the health of adolescent girls. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):120-30. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00146-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00146-3)
29. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(4):361-5. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.4.361>
30. Mckee MD, Fletcher J. Primary care for urban adolescent girls from ethnically diverse populations: foregone care and access to confidential care. *J Health Care Poor Underserved*. 2006;17(4):759-74. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0131>
31. Martin BC, Shi L, Ward RD. Race, gender, and language concordance in the primary care setting. *Int J Health Care Qual Assur*. 2009;22(4):340-52. DOI: <https://doi.org/10.1108/09526860910964816>
32. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. Is health insurance enough? A usual source of care may be more important to ensure a child receives preventive health counseling. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):306-15. DOI: <https://doi.org/10.1007%2Fs10995-011-0762-4>
33. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1475-9276-11-33>
34. Shi LY, Lebrun-Harris LA, Daly CA, et al. ngo-metzger, q. Reducing Disparities in Access to Primary Care and Patient Satisfaction with Care: The Role of Health Centers. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(1):56-66. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0022>
35. Hall KS, Patton EW, Crissman HP, et al. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(3):e351-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.04.025>
36. Arnett MJ, Thorpe Jr RJ, Gaskin DJ, et al. Race, medical mistrust, and segregation in primary care as usual source of care: findings from the exploring health disparities in integrated communities study. *J Urban Health*. 2016;93(3):456-67. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0054-9>
37. Nothelle SK, Boyd C, Sheehan O, et al. Factors associated with loss of usual source of care among older adults. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):538-45. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2283>
38. Chaiyachati KH, Hom JK, Wong C, et al. Access to Primary and Dental Care Among Adults Newly Enrolled in Medicaid. *Am J Manag Care*. 2019;25(3):135-9.
39. Guendelman S, Wyn R, Tsai YW. Children of working low-income families in California: does parental work benefit children's insurance status, access, and utilization of primary health care? *Health Serv Res*. 2000;35(2):417-41.

40. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, et al. The Effects of health insurance and a usual source of care on a child's receipt of health care. *J Pediatr Health Care.* 2012;26(5):e25-e35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.01.003>
41. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, et al. Gender of physician as the usual source of care and patient health care utilization and mortality. *J Am Board Fam Med.* 2013;26(2):138-48. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120198>
42. An AR, Kim K, Lee JH, et al. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):167. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0555-3>
43. Khan A, Thapa JR, Zhang D. Preventive dental checkups and their association with access to usual source of care among rural and urban adult residents. *J Rural Health.* 2017;33(4):419-26. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12271>
44. Liaw W, Jetty A, Petterson S, et al. Trends in the types of usual sources of care: a shift from people to places or nothing at all. *Health Serv Res.* 2018;53(4):2346-67. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12753>
45. Chaiyachati KH, Hom JK, Hubbard RA, et al. Evaluating the association between the built environment and primary care access for new medicaid enrollees in an urban environment using walk and transit scores. *Prev Med Rep.* 2017;9:24-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.12.001>
46. Kim D, Kim S, Park HK, et al. Effect of having a usual source of care on medical expenses - using the korea health panel data. *J Korean Med Sci.* 2019;34(35):e229. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2019.34.e229>
47. Stockwell MS, Findley SE, Irigoyen M, et al. Change in parental reasons for use of an urban pediatric emergency department in the past decade. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26(3):181-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3181d1dfc7>
48. Davis MA, Guo C, Titler MG, et al. Advanced practice clinicians as a usual source of care for adults in the United States. *Nursing Outlook.* 2017;65(1):41-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.07.006>
49. Rew L, Resnick M, Beuhring T. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. *J Adolesc Health.* 1999;25(6):407-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00159-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00159-1)
50. Devoe JE, Saultz JW, Krois L, et al. A medical home versus temporary housing: The importance of a stable usual source of care. *Pediatrics.* 2009;124(5):1363-71. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
51. Choi S. Longitudinal changes in access to health care by immigrant status among older adults: The importance of health insurance as a mediator. *Gerontologist.* 2011;51(2):156-69. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3141>
52. Cunningham PJ. Many medicaid beneficiaries receive care consistent with attributes of patient-centered medical homes. *Health Aff (Millwood).* 2015;34(7):1105-12. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0141>
53. Cross S, Kelly P. Access to care based on state nurse practitioner practice regulation: secondary data analysis results in the medicare population. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015;27(1):21-30. DOI: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12191>
54. Hammond WP, Matthews D, Smith GC. Psychosocial factors associated with routine health examination scheduling and receipt among African American men. *J Natl Med Assoc.* 2010;102(4):276-89. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30600-3](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30600-3)
55. Lau JS, Adams SH, Irwin Jr CE, et al. Receipt of preventive health services in young adults. *J Adolesc Health.* 2013;52(1):42-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.017>
56. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de

- serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2000;5(1):133-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100012>
57. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., editores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p. 215-46.
58. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saude Publica*. 2017;51(50):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>
59. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):365-73.
60. Szwarcwald CL, Souza-júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequities in the use of outpatient services in Brazil according to healthcare need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:217. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-217>.
61. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(supl1):2543-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.143952020>
62. 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(2supl):S4-11. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000189>.
63. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.
64. Brasil. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 132 p.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.

---

Recebido em 21/07/2023

Aprovado em 09/08/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Magda Duarte dos Anjos Scherer



## Benefícios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na qualidade de vida e nos sintomas de mulheres no climatério: uma revisão sistemática

*Benefits of Integrative and Complementary Health Practices on the quality of life and symptoms of climacteric women: a systematic review*

Bárbara Angélica Bispo Fernandes de Nascimento Sobral<sup>1</sup>, Rafaela Almeida Silva<sup>1</sup>, Claudinalle Farias Queiroz de Souza<sup>1</sup>, Fátima Maria da Silva Abrão<sup>1</sup>, Aurélio Molina da Costa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E29321P

**RESUMO** Existem muitas intervenções terapêuticas à mulher em fase de climatério. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), embora não sejam amplamente utilizadas, apresentam um bom custo-benefício e são coerentes com os conceitos de autocuidado e de saúde integrativa, sendo relevante avaliar suas beneficências. Objetivou-se descrever e sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os benefícios dessas práticas para a assistência à mulher em fase de climatério. Fez-se uma revisão sistemática construída a partir da busca de ensaios clínicos que respondessem à seguinte pergunta de pesquisa: quais os benefícios das Pics na melhoria da qualidade de vida e dos sintomas de mulheres no climatério? Realizou-se uma busca nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Embase e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. Como resultado, identificaram-se 24 estudos que atenderam aos critérios de inclusão e ao protocolo PRISMA. Todos os ensaios clínicos da amostra final investigaram apenas 3 entre as 29 Pics – acupuntura, yoga e fitoterapia – ofertadas pelo Sistema Único de Saúde. A revisão realizada sugere que a yoga, a acupuntura e a fitoterapia, com diferentes extratos de ervas, têm lugar na assistência integrativa das mulheres no climatério.

**PALAVRAS-CHAVE** Climatério. Terapias complementares. Qualidade de vida. Saúde da mulher.

**ABSTRACT** *There are many therapeutic interventions for women in the climacteric phase. Integrative and Complementary Health Practices (PICS), although not widely used, are cost-effective and consistent with the concepts of self-care and integrative health, and it is important to evaluate their benefits. The aim was to describe and synthesize the scientific evidence available in the literature on the benefits of these practices for assisting women in the climacteric phase. A systematic review was carried out based on the search for clinical trials that answered the following research question: what are the benefits of PICS in improving the quality of life and symptoms of women in the climacteric? A search was carried out in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, EMBASE and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online databases. As a result, 24 studies were identified that met the inclusion criteria and the PRISMA protocol. All clinical trials in the final sample investigated only 3 of the 29 PICS – acupuncture, yoga and phytotherapy – offered by the Unified Health System. The review suggests that yoga, acupuncture and phytotherapy, with different herbal extracts, have a place in the integrative care of climacteric women.*

**KEYWORDS** *Climacteric. Complementary therapies. Quality of life. Women's health.*

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.  
rafaela.almeida@upe.br



## Introdução

O climatério constitui uma fase da vida da mulher marcada pela transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, tendo seu início por volta dos 35-40 anos de idade. Trata-se de um evento natural resultante do esgotamento folicular dos ovários, o que acarreta diminuição progressiva da secreção dos hormônios femininos, como o estradiol, e aumento dos níveis de Hormônio Folículo-Estimulante (Follicle-Stimulating Hormone – FSH), que podem implicar sinais e sintomas, tais como os fogachos (suores e calores repentinos), que costumam afetar o ciclo sono-vigília e causar alterações menstruais, urogenitais, diminuição da libido, entre outros<sup>1</sup>.

Por tratar-se de uma mudança fisiológica e inevitável do seu organismo, muitas vezes, as mulheres em fase de climatério não procuram uma assistência à sua saúde. Contudo, quando essa fase vem acompanhada de sintomas mais intensos (síndrome climatérica), esse recorte populacional busca os serviços de saúde na tentativa de minimizá-los, sendo importante ressaltar que esse conjunto de sinais e sintomas pode afetar tanto a esfera física quanto emocional e social, impactando negativamente a qualidade de vida dessa população feminina<sup>2</sup>.

Em relação ao uso de medicamentos no enfrentamento da sintomatologia climatérica, a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é, sem dúvida, a intervenção mais utilizada. Entretanto, como ela possui contraindicações e efeitos colaterais negativos de curto, médio e longo prazo, deve-se considerar a possibilidade da utilização de tratamentos não hormonais na assistência à saúde dessas mulheres<sup>3</sup>.

Nesse contexto, as Pícs estão ganhando cada vez mais destaque, por exemplo, a yoga, a meditação, o uso de plantas medicinais, a acupuntura e a musicoterapia. Não só porque existem indícios de beneficência, mas também pelo fato de elas possuírem, em geral, menor custo, menos contraindicações e riscos

de maleficência, particularmente quando comparadas com a TRH, caracterizando um excelente perfil custo-benefício-malefício na assistência à saúde da mulher climatérica<sup>4</sup>.

O desenvolvimento de investigações sobre essa temática é pertinente e relevante, tanto no contexto local quanto regional/nacional, inclusive para que os profissionais de saúde se sintam mais confiantes em seu uso. O presente estudo busca ampliar e sistematizar o conhecimento científico sobre os benefícios das práticas integrativas e complementares na melhoria da qualidade de vida e controle dos sintomas de mulheres no climatério, contribuindo, dessa forma, para melhorar a assistência à saúde desse público feminino nessa importante fase de suas vidas, com o melhor custo-benefício-malefício possível.

## Material e métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, objetivando responder à pergunta de pesquisa, construída com o auxílio da estratégia PICO ('P' = mulheres no climatério; 'I' = terapias complementares; 'C' = outras terapias ou nenhuma terapia; e 'O' = benefícios na sintomatologia e na qualidade de vida): quais os benefícios da utilização das práticas integrativas e complementares na melhoria da qualidade de vida e dos sintomas de mulheres no climatério? A busca foi restringida a ensaios clínicos randomizados que avaliaram os benefícios das terapias complementares na melhoria da qualidade de vida e dos sintomas de mulheres no climatério. Em adição, foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos originais, nos idiomas português, inglês e espanhol e sem delimitação temporal. Foi analisada a seção 'método' de todos os artigos com vistas a selecionar apenas ensaios clínicos randomizados e controlados que estavam bem descritos e com metodologia adequada. Para essa análise, foi utilizada a Escala de Jadad, a qual avalia a qualidade metodológica dos artigos<sup>5</sup>.



Como critérios de exclusão, não foram considerados os estudos: a) em que houvesse outras condições de saúde avaliadas, impedindo a análise da efetividade das PICS no climatério; b) ensaios clínicos de teses e dissertações não publicados em periódicos. As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health (Cinahl), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs), Embase (Elsevier Science) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline).

Os descritores utilizados constam nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), que foram combinados com palavras-chave para ampliar o campo de busca. Foram utilizados descritores e palavras-chave referentes às terapias complementares em saúde, assim como sinônimos, empregados no singular e no plural. Para a busca padronizada em todas as bases de dados, foi realizada a combinação dos termos relacionados com o acrônimo definido em 'P' AND 'I' AND 'C' AND 'O', por meio do cruzamento de todas as variáveis no mesmo momento. Para todas as bases, foi selecionada a opção 'texto completo' a fim de detectar os descritores e palavras-chave no decorrer dos artigos.

Foram então utilizados os seguintes operadores booleanos nas bases de dados: P – "*Climacteric*" OR "*Woman in climacteric*" OR "*Women in climacteric*"; I – "*Complementary therapies*" OR "*Complementary therapy*" OR "*yoga*" OR "*aromatherapy*" OR "*acupuncture*" OR "*apitherapy*" OR "*color therapy*" OR "*homeopathy*" OR "*meditation*" OR "*music therapy*" OR "*naturopathy*" OR "*phytotherapy*" OR "*chiropractic*" OR "*reflexotherapy*" OR "*therapeutic touch*" OR "*Integrative community therapy*" OR "*Social thermalism*" OR "*crenotherapy*" OR "*Flower Therapy*" OR "*Therapy with floral*" OR "*Shantala*" OR "*Osteopathy*" OR "*Ozone Therapy*" OR "*Laying on of hands*" OR "*Anthroposophical medicine*" OR "*Circular*

*dance*" OR "*Geotherapy*" OR "*Hypnotherapy*" OR "*Art Therapy*" OR "*Ayurveda*" OR "*Ayurveda medicine*" OR "*Ayurvedic medicine*" OR "*Biodanza*" OR "*Bioenergetics*" OR "*Family constellation*"; C – "*Quality of life*" OR "*Climacteric symptom*" OR "*Climacteric symptoms*"; O – "*Benefit*" OR "*Benefits*" OR "*Benefit of complementary therapies*" OR "*Benefits of complementary therapies*"

Dois revisores realizaram as buscas nas bases de dados no período de fevereiro a maio de 2022. Iniciou-se pela leitura dos títulos, e se eles estivessem de acordo com o objetivo proposto da presente revisão, prosseguiu-se com a leitura dos resumos. Em seguida, procedeu-se à construção de duas planilhas da Microsoft Excel® pelos dois revisores, com vistas a comparar os achados da seleção individual e discutir as divergências encontradas. Ao alcançar o nível de concordância entre as duas planilhas, procedeu-se à leitura dos artigos na íntegra que compuseram a amostra do presente estudo. Foi elaborado um fluxograma da seleção dos estudos, adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>5</sup>, visando a uma melhor demonstração e organização das etapas de seleção dos artigos incluídos, e registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO/NHS) – Número do Registro: CRD42021232946, a fim de assegurar a veracidade dos dados e a transparência metodológica.

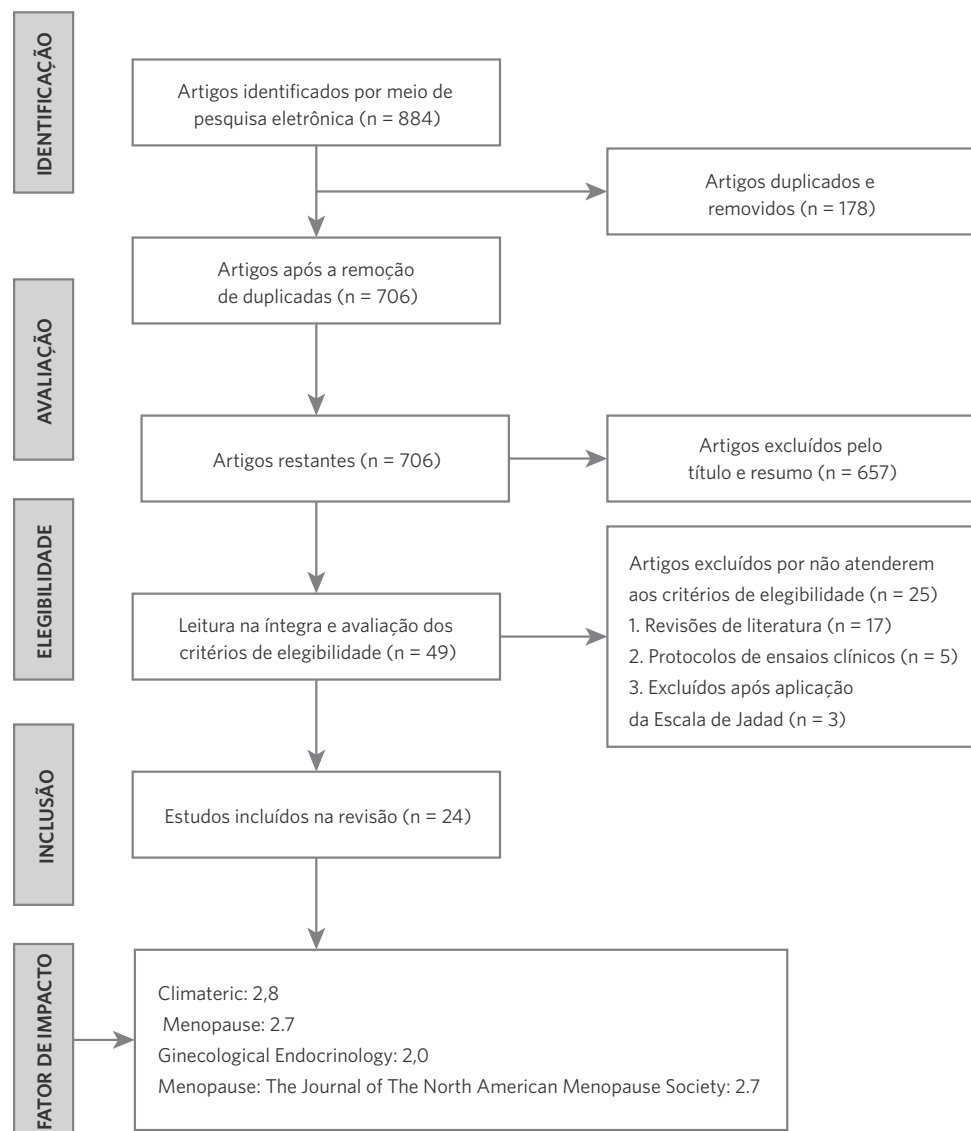
Foram elaborados quadros sistematizados com as seguintes informações: título, ano de publicação, autores, periódico de publicação, país de estudo, objetivos e principais resultados. A sistematização dos estudos objetivou uma melhor visualização dos achados e consonância com os objetivos da presente revisão sistemática. Os resultados provenientes das buscas foram analisados por meio de síntese descritiva, a qual foi resultante do agrupamento dos estudos de acordo com as seguintes variáveis: delineamento, idioma, país de estudo, objetivos, métodos e resultados dos artigos selecionados.

## Resultados

Por meio dos cruzamentos nas bases de dados, foram identificados 884 artigos. Foram excluídos 178 artigos que estavam duplicados entre as bases, e 657 artigos foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos, restando 49 artigos. Prosseguiu-se com a leitura na íntegra dos 49 artigos e com a aplicação dos critérios

de elegibilidade, com 17 artigos excluídos por serem revisões de literatura, 5 por serem protocolos de ensaio clínico e 3 artigos devido à sua baixa qualidade metodológica avaliada por meio da Escala de Jadad. A amostra final de estudos para a presente revisão foi de 24 artigos (*quadro 1*)<sup>7-30</sup>. O fluxograma com a sistematização do mecanismo de busca está demonstrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma com a seleção dos estudos, adaptado do modelo Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA). Recife, Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria com base em PRISMA<sup>5</sup>.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, periódicos de publicação, títulos e países de estudo. Recife, Brasil, 2022

<b>Autores e Periódicos</b>	<b>Título</b>	<b>País de estudo</b>
Winther; Rein; Hedman, 2005 <sup>7</sup> <i>Climateric</i>	Femal, a herbal remedy made from pollen extracts, reduces hot flushes and improves quality of life in menopausal women: a randomized, placebo-controlled, parallel study	Dinamarca
Sammartino et al., 2006 <sup>8</sup> <i>Gynecological Endocrinology</i>	Short-term effects of a combination of isoflavones, lignans and Cimicifuga racemosa on climacteric-related symptoms in postmenopausal women: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial	Itália
Zaborowska et al., 2007 <sup>9</sup> <i>Climateric</i>	Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flushes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies	Suécia
Green et al., 2007 <sup>10</sup> <i>Family Practice</i>	Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial	Reino Unido
Chattha et al., 2008 <sup>11</sup> <i>Menopause: The Journal of The North American Menopause Society</i>	Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study	Índia
Chen et al., 2010 <sup>12</sup> <i>Chinese Journal of Integrative Medicine</i>	Effect of Acupoint Catgut-Embedding on the Quality of Life, Reproductive Endocrine and Bone Metabolism of Postmenopausal Women	China
Venzkea; Calvert Jr; Gilbertson, 2010 <sup>13</sup> <i>Complementary Therapies in Medicine</i>	A randomized trial of acupuncture for vasomotor symptoms in post-menopausal women	Estados Unidos da América
Taavoni et al., 2011 <sup>14</sup> <i>Menopause: The Journal of The North American Menopause Society</i>	Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial	Irã
Azizi et al., 2011 <sup>15</sup> <i>Alternative Therapies</i>	Menopause-related Symptoms: Traditional Chinese Medicine vs Hormone Therapy	China
Joshi et al., 2011 <sup>16</sup> <i>Menopause International</i>	Effect of yoga on menopausal symptoms	Índia
Hsu et al., 2011 <sup>17</sup> <i>Climateric</i>	The assessment of efficacy of <i>Dioscorea alata</i> for menopausal symptom treatment in Taiwanese women	Taiwan
Branco de Luca et al., 2011 <sup>18</sup> <i>Climateric</i>	Acupuncture-ameliorated menopausal symptoms: single-blind, placebo-controlled, randomized trial	Brasil
Hachul et al., 2013 <sup>19</sup> <i>Climateric</i>	Acupuncture improves sleep in postmenopause in a randomized, double-blind, placebo-controlled study	Brasil
Menati et al., 2014 <sup>20</sup> <i>Health Care for Women International</i>	Evaluation of Contextual and Demographic Factors on Licorice Effects on Reducing Hot Flashes in Postmenopause Women	Irã
Vora; Dangi, 2014 <sup>21</sup> <i>Indian Journal of Physiotherapy &amp; Occupational Therapy</i>	Effect of Yoga on Menopausal Symptoms in the Early Menopausal Period. A Randomized Controlled Trial	Índia
Jorge et al., 2016 <sup>22</sup> <i>Complementary Therapies in Medicine</i>	Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: A randomized controlled trial	Brasil

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, periódicos de publicação, títulos e países de estudo. Recife, Brasil, 2022

<b>Autores e Periódicos</b>	<b>Título</b>	<b>País de estudo</b>
Begum et al., 2016 <sup>23</sup> <i>Phytotherapy Research</i>	A Novel Extract of Fenugreek Husk (FenuSMART™) Alleviates Postmenopausal Symptoms and Helps to Establish the Hormonal Balance: A Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Study	Índia
Park; Kim, 2016 <sup>24</sup> <i>Climateric</i>	A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of Schisandra chinensis for menopausal symptoms	Coreia do Sul
Gao et al., 2018 <sup>25</sup> <i>Climateric</i>	Efficacy and safety evaluation of Cimicifuga foetida extract in menopausal women	China
Palma et al., 2019 <sup>26</sup> <i>Gynecological Endocrinology</i>	Acupuncture or phytoestrogens vs. (E)strogen plus progestin on menopausal symptoms. A randomized study	Itália
Saberi et al., 2020 <sup>27</sup> <i>Phytotherapy Research</i>	Evaluation of the effect of Silybum marianum extract on menopausal symptoms: A randomized, double-blind placebo-controlled trial	Irã
Souza; Reis; Lima, 2020 <sup>28</sup> <i>Explore</i>	Climacteric symptoms and quality of life in yoga practitioners	Brasil
Jiang et al, 2020 <sup>29</sup> <i>J Tradit Chin Med</i>	Effect of acupoint therapy combined with spine pinching in patients with menopausal syndrome: a randomized controlled trial	China
Soares-Jr et al., 2021 <sup>30</sup> <i>Menopause</i>	Acupuncture ameliorated vasomotor symptoms during menopausal transition: single-blind, placebo-controlled, randomized trial to test treatment efficacy	Brasil

Fonte: elaboração própria.

Entre os artigos selecionados, o estudo mais antigo foi publicado em 2005, e o mais recente, em 2021, sendo que apenas cinco artigos foram publicados no período dos últimos cinco anos. Com relação à origem, foram identificados estudos realizados em 11 países localizados em 3 dos 5 continentes mundiais. Vale destacar que o Brasil é o país com maior número de estudos incluídos, o que pode ser justificado pela existência de uma política nacional de saúde para inserção das Pícs no sistema de saúde.

Foram identificados, de acordo com o país de realização do ensaio clínico, os seguintes artigos incluídos na revisão sistemática: Brasil – 5, China – 4, Coreia do Sul – 1, Dinamarca – 1, Estados Unidos da América – 1, Índia – 4,

Irã – 3, Itália – 2, Reino Unido – 1, Suécia – 1, Taiwan – 1, obtendo um total de 24 artigos. Os artigos incluídos na presente revisão foram publicados em 14 periódicos científicos, com destaque para a revista ‘Climateric’, na qual se encontram 7 dos 24 artigos incluídos. Também se destacam as revistas ‘Menopause’, ‘Gynecological Endocrinology’ e ‘Menopause: The Journal of The North American Menopause Society’, que foram o veículo de publicação de outros sete artigos inseridos na presente revisão.

Abaixo, no *quadro 2*, está descrita uma síntese dos objetivos e principais resultados dos artigos que atenderam aos objetivos e critérios de inclusão do presente estudo.

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados de acordo com seus objetivos e resultados. Recife, Brasil, 2022

Estudo	Objetivos	Principais resultados
Femal, a herbal remedy made from pollen extracts, reduces hot flushes and improves quality of life in menopausal women: a randomized, placebo-controlled, parallel study	Avaliar se o Femal alivia os sintomas da menopausa.	O extrato de pólen Femal reduz, com significância estatística, os sintomas da menopausa quando comparado ao placebo.
Short-term effects of a combination of isoflavones, lignans and Cimicifuga racemosa on climacteric-related symptoms in postmenopausal women: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial	Avaliar os efeitos de curto prazo de uma combinação de isoflavonas, lignanas e <i>Cimicifuga racemosa</i> . em sintomas agudos relacionados ao climatério em mulheres na pós-menopausa.	A administração de uma combinação de isoflavonas, lignanas e <i>C. racemosa</i> reduz os sintomas climatéricos em mulheres na pós-menopausa após 3 meses de tratamento, com significância estatística.
Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flushes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies	Avaliar se a acupuntura e relaxamento diminui o número de fogachos da menopausa.	A acupuntura e o relaxamento aplicado reduziram as queixas vasomotoras na menopausa, com significância estatística.
Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial	Avaliar a eficácia da prática profissional de ervas no tratamento dos sintomas da menopausa.	O pacote de tratamento dos fitoterápicos melhorou os sintomas da menopausa, particularmente a baixa da libido.
Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study	Estudar o efeito da yoga sobre os sintomas do climatério, estresse percebido e personalidade em mulheres na perimenopausa.	Oito semanas de uma abordagem integrada à terapia de yoga diminuiu os sintomas do climatério em mulheres na perimenopausa.
Effect of Acupoint Catgut-Embedding on the Quality of Life, Reproductive Endocrine and Bone Metabolism of Postmenopausal Women	Observar a influência da acupuntura na qualidade de vida, no metabolismo endócrino reprodutivo e ósseo de mulheres na menopausa	A acupuntura mostrou um efeito positivo na síndrome do climatério e melhorou a qualidade de vida.
A randomized trial of acupuncture for vasomotor symptoms in postmenopausal women	Determinar o alívio dos sintomas vasomotores por meio da acupuntura de mulheres na menopausa.	O tratamento com acupuntura foi eficaz no alívio dos sintomas vasomotores da menopausa.
Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial	Avaliar os efeitos do extrato de valeriana na melhoria da qualidade do sono em mulheres na pós-menopausa.	A Valeriana melhorou, com significância estatística, a qualidade do sono em mulheres com menopausa que estavam sofrendo de insônia.
Menopause-related Symptoms: Traditional Chinese Medicine vs Hormone Therapy	Comparar o efeito terapêutico das ervas chinesas, acupuntura e terapia hormonal em sintomas relacionados à menopausa	A aplicação da combinação de ervas chinesas e acupuntura provaram ser tão eficazes quanto a terapia hormonal no tratamento de sintomas menopáusicos.
Effect of yoga on menopausal symptoms	Observar o efeito da yoga nos sintomas da menopausa.	A yoga é eficaz na redução dos sintomas da menopausa e deve ser considerada uma terapia alternativa para os sintomas da menopausa.
The assessment of efficacy of <i>Dioscorea alata</i> for menopausal symptom treatment in Taiwanese women	Avaliar a eficácia e segurança da <i>Dioscorea alata</i> para o tratamento de sintomas da menopausa	Em comparação com o placebo, o <i>Dioscorea alata</i> melhora os sintomas, particularmente os parâmetros psicológicos em mulheres na menopausa.
Acupuncture-ameliorated menopausal symptoms: single-blind, placebo-controlled, randomized trial	Avaliar os efeitos da acupuntura e sham (falsa)-acupuntura em mulheres com menopausa	O tratamento com acupuntura para aliviar os sintomas da menopausa pode ser eficaz para diminuir as ondas de calor.

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados de acordo com seus objetivos e resultados. Recife, Brasil, 2022

Estudo	Objetivos	Principais resultados
Acupuncture improves sleep in postmenopause in a randomized, double-blind, placebo-controlled study	Avaliar a eficácia da terapia com acupuntura nos parâmetros de sono, sintomas de depressão e qualidade de vida em mulheres na menopausa.	A acupuntura foi eficaz em melhorar a qualidade do sono relatada e a qualidade de vida em mulheres na menopausa com insônia.
Evaluation of Contextual and Demographic Factors on Licorice Effects on Reducing Hot Flashes in Postmenopausal Women	Avaliar os efeitos do alcaçuz nos sintomas de ondas de calor em mulheres na menopausa	O alcaçuz parece mais eficaz do que a TRH na redução da duração das ondas de calor.
Effect of Yoga on Menopausal Symptoms in the Early Menopausal Period: A Randomized Controlled Trial	Avaliar os efeitos da yoga sobre os sintomas e qualidade de vida na menopausa.	Houve uma redução, com significância estatística nos sintomas psicológicos, urogenitais e somáticos da menopausa.
Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: A randomized controlled trial	Investigar os efeitos psicofisiológicos da prática regular do Hatha yoga em mulheres na menopausa	Os resultados sugerem que a yoga promove mudanças psicofisiológicas positivas em mulheres na pós-menopausa.
A Novel Extract of Fenugreek Husk (FenuSMART™) Alleviates Postmenopausal Symptoms and Helps to Establish the Hormonal Balance: A Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Study	Investigar a eficácia de um extrato de casca de feno-grego no tratamento de sintomas pós-menopáusicos.	A formulação de FHE utilizada, rica em fitoestrogênios, deve ser considerada uma alternativa segura e natural para o tratamento dos sintomas da menopausa.
A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of Schisandra chinensis for menopausal symptoms	Avaliar a eficácia de um extrato natural de <i>Schisandra chinensis</i> para o alívio de sintomas da menopausa.	O extrato de <i>Schisandra chinensis</i> pode ser um medicamento complementar, seguro e eficaz, para sintomas da menopausa, especialmente sudorese e palpitações cardíacas.
Efficacy and safety evaluation of Cimicifuga foetida extract in menopausal women	Avaliar a eficácia e segurança do tratamento de longo prazo com extrato de <i>Cimicifuga foetida</i> em mulheres na menopausa.	O extrato de <i>C. foetida</i> é seguro e eficaz no tratamento dos sintomas climatéricos em mulheres pós-menopáusicas.
Acupuncture or phytoestrogens vs. (E)strogen plus progestin on menopausal symptoms. A randomized study	Comparar a capacidade de fitoestrogênios ou acupuntura com a terapia hormonal na melhoria dos sintomas climatéricos.	A acupuntura é tão eficaz quanto a TRH na melhora dos sintomas vasomotores, enquanto os fitoestrógenos apresentam uma eficácia inferior.
Evaluation of the effect of Silybum marianum extract on menopausal symptoms: A randomized, double-blind placebo-controlled trial	Avaliar a eficácia de <i>S. marianum</i> em mulheres menopáusicas com ondas de calor.	Os resultados mostraram que <i>S. marianum</i> pode diminuir, com significância estatística, a frequência e a gravidade das ondas de calor.
Climacteric symptoms and quality of life in yoga practitioners	Avaliar os sintomas do climatério e a qualidade de vida em praticantes regulares de yoga.	Praticantes de yoga que iniciaram a prática na pré-menopausa obtiveram resultados satisfatórios na frequência e intensidade dos sintomas do climatério e na qualidade de vida.
Effect of acupoint therapy combined with spine pinching in patients with menopausal syndrome: a randomized controlled trial	Effect of acupoint therapy combined with spine pinching in patients with menopausal syndrome: a randomized controlled trial	O uso da acupuntura associado ao pinçamento da coluna vertebral possui eficácia no tratamento da síndrome climatérica, em especial em mulheres com nível moderado de LH.
Acupuncture ameliorated vasomotor symptoms during menopausal transition: single-blind, placebo-controlled, randomized trial to test treatment efficacy	Avaliar os efeitos da acupuntura em mulheres com sintomas vasomotores durante a transição menopáusica.	O tratamento com acupuntura pode atenuar ondas de calor e outros sintomas climatéricos durante a transição da menopausa.

Fonte: elaboração própria.

Diante da busca realizada, foram identificados 11 estudos de fitoterapia, 7 estudos de acupuntura, 5 estudos de yoga e 1 estudo misto de comparação entre fitoterapia ou acupuntura.

## Discussão

A yoga foi uma das práticas que apresentou resultados alvissareiros nessa revisão. Essa prática, que busca o equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito do indivíduo, apresentou bons resultados em quatro ensaios clínicos que investigaram esse tratamento milenar no enfrentamento dos sintomas presentes no climatério. Quando se utilizou a Escala de Avaliação da Menopausa (Menopause Rating Scale – MRS), foi possível observar uma melhora nos três domínios de sintomas: somatovegetativos, urogenitais e psicológicos. A diminuição da ansiedade e da depressão encontrada pode ocorrer devido ao relaxamento provocado pela prática da yoga, levando ao aumento dos níveis de ácido gama-aminobutírico (GABA) no cérebro<sup>16,21</sup>.

Durante a avaliação do estresse percebido, por meio da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS), notou-se uma redução, estatisticamente significativa, nos níveis de estresse nos grupos praticantes dessa técnica de harmonização mente-corpo. Conforme identificado em um estudo realizado<sup>11</sup>, tal resultado pode ser atribuído à sua filosofia e seus princípios que podem contribuir para o tratamento de diversos problemas emergentes no mundo moderno, a partir da criação de métodos de enfrentamento do estresse e fortalecimento da autorreflexão, do relaxamento e da consciência. Além disso, a yoga previne o aumento de cortisol nas mulheres em fase de climatério e trabalha com a musculatura do corpo, incluindo a do assoalho pélvico, reduzindo os sintomas urogenitais<sup>22</sup>. Os autores desse estudo trazem na discussão dos resultados que a yoga possui amplo efeito psicofarmacológico, enquanto no grupo submetido à TRH não houve melhoras

na resposta ao estresse, fato que corrobora as conclusões de Chatta e colaboradores<sup>11</sup> citadas anteriormente.

Na amostra final da presente revisão, foram incluídos sete estudos relacionados com acupuntura, considerada como uma tecnologia de intervenção à saúde que compõe recursos terapêuticos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que estimulam pontos espalhados por todo o corpo, ao longo dos meridianos, com o uso da inserção de finas agulhas filiformes metálicas, com o objetivo de promover a manutenção e a recuperação da saúde, assim como a prevenção de agravos e doenças<sup>9,18,30</sup>.

Nos estudos incluídos, a acupuntura mostrou-se eficaz na mitigação dos fogachos, o mais prevalente sintoma entre as mulheres em fase de climatério, constatada pela diminuição no Índice de Kupperman, logo após a primeira sessão. A síntese dos estudos demonstra que essa prática apresenta resultados rápidos, permanentes e baixo potencial de efeitos adversos, conforme demonstrado por estudos<sup>9,18,30</sup>.

Em um estudo realizado<sup>26</sup>, foram encontrados resultados semelhantes entre a acupuntura e a hormonioterapia no tratamento desses sintomas vasomotores. O estudo, entretanto, apresenta algumas limitações, como: ausência de grupo placebo, falta de diversidade étnica entre as participantes e a impossibilidade de comparação duplo-cego entre os estudos. Ainda assim, o seguimento do rigor metodológico e a possibilidade de comparação de Pils à terapia padrão-ouro (TRH) permitiram a inclusão nesse estudo.

No estudo de Passos et al.<sup>31</sup>, foram utilizadas tanto a escala 'Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL)' quanto o 'Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)' na investigação de beneficência da acupuntura. O PSQI é um instrumento composto por 19 questões referentes à qualidade e aos distúrbios de sono no mês anterior à sua aplicação, baseado em sete componentes do sono: qualidade subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono,



uso de medicamentos e disfunção diária. Para cada componente do instrumento, é atribuído um escore (variando de 0 a 3), os quais, ao final da aplicação, são somadas, podendo o escore final de avaliação variar de 0 a 21. Nesse contexto, as pontuações acima de 5 pontos indicam má qualidade do sono do indivíduo<sup>31</sup>.

Nesta revisão sistemática, observou-se melhora nos oito domínios estudados por meio do instrumento WHOQOL na qualidade de vida das mulheres em fase de climatério após sessões de acupuntura, resultado apresentado em todos os estudos, seja de maneira suscinta ou mais aprofundada. Também indicaram melhorias no domínio psicológico das pacientes, particularmente na melhora da qualidade do sono de mulheres no climatério, sugerindo que a acupuntura é efetiva no tratamento de insônia, possivelmente pelo aumento da produção da melatonina, como observado por Hachul et al.<sup>19</sup>.

As beneficências encontradas talvez possam se dar pelo estímulo proporcionado pelos pontos de acupuntura que se refletiriam na regulação das funções dos sistemas corpóreos, resultando na melhora dos sintomas clínicos. Além disso, os pontos de acupuntura parecem ter efeitos terapêuticos semelhantes ao do hormônio estrogênio na prevenção de doenças degenerativas, a exemplo da osteoporose pós-menopausa, conforme as conclusões apresentadas por Chen e colaboradores<sup>12</sup>, no ensaio realizado com participação 65 mulheres. Os achados supracitados são corroborados por Hoga et al.<sup>32</sup> que, em seu estudo, trazem como resultados conclusões concordantes.

Vale ressaltar que os efeitos da acupuntura também se assemelham aos do fitoestrogênio, apesar de esse último ter uma eficácia menor. No entanto, de maneira geral, tanto a hormonioterapia quanto a acupuntura e o fitoestrogênio foram eficazes no tratamento dos sintomas climatéricos e, conseqüentemente, melhoraram a qualidade de vida<sup>26</sup>.

No estudo de Green et al.<sup>10</sup>, o conjunto de tratamento com os fitoterápicos melhorou os sintomas da menopausa, particularmente a

baixa da libido. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que este peca pela não apresentação das ervas prescritas às participantes do ensaio e quais as associações obtiveram melhores resultados, impedindo, assim, tanto a comparação entre os fitoterápicos utilizados no estudo quanto a comparação com outros estudos com possíveis intervenções semelhantes.

A Valeriana, rica em ácidos valerênico e isovalérico (que possuem propriedades calmantes, sedativas e relaxantes), foi outra planta medicinal que, com base em resultados *in vitro* promissores, vem sendo utilizada no tratamento de mulheres com insônia durante o climatério. Os resultados do estudo de Taavoni et al.<sup>14</sup> indicam que a Valeriana melhorou, com significância estatística, a qualidade do sono em mulheres com menopausa que estavam sofrendo de insônia, talvez porque ela atue sobre os sistemas de neuropeptídeos relacionados com o mecanismo do sono.

Uma alternativa fitoterápica identificada nessa revisão sistemática foi o uso do extrato de pólen Femal, substância que não contém fitoestrogênicos em concentração suficiente para produzir efeitos estrogênicos. Os autores encontraram uma melhora, estatisticamente significativa, verificada pelo MRS, após um período entre 1 e 3 meses, nos fogachos e na qualidade de vida em comparação com placebo<sup>7</sup>. Os autores afirmam, nas considerações sobre o estudo, que caso o estudo tivesse tido uma maior duração, haveria a possibilidade de os resultados serem ainda mais promissores do que os encontrados.

Winther, Rein e Hedman<sup>7</sup> identificaram que o extrato de pólen Femal proporcionou a melhora em 8 dos 15 sintomas aferidos pela MRS, sendo que a análise global desses sintomas demonstrou uma melhora, estatisticamente significativa, no grupo intervenção após 2 e 3 meses de tratamento. A análise permitiu identificar que as mudanças de humor e a sensação de cansaço são os sintomas mais sensíveis à ação do extrato, sintomas esses que apresentaram melhoras logo ao final do primeiro mês de utilização da substância.

Já o ensaio clínico que utilizou o extrato de casca de feno-grego (FenuSMART® – FHE), também conhecido como fenacho ou alforvas, planta medicinal da família *Trigonella foenum-graecum*, que possui propriedade anti-inflamatórias e antioxidantes, encontrou uma melhora na pontuação total da escala de Greene, incluindo as subescalas referentes aos distúrbios psicológicos, vasomotores, físicos e sexuais. O FHE obteve resultados positivos no tratamento da ansiedade e depressão, bem como no estado geral dos indivíduos, proporcionando bem-estar. Notou-se aumento significativo nos níveis plasmáticos de estradiol, de cálcio e de hemoglobina. Além disso, esse fitoterápico não apresentou efeitos adversos ou toxicidade, nem clínica nem laboratorial, não sendo identificadas alterações nos parâmetros hematológicos e bioquímicos<sup>23</sup>.

Quanto ao uso do extrato natural de *Schisandra chinensis*, um estimulante do sistema nervoso central, planta popularmente conhecida como a magnólia chinesa e muito utilizada na tradicional medicina chinesa, observou-se melhora, estatisticamente significativa, nos sintomas do climatério, avaliados pelo Índice de Kupperman, principalmente nos sintomas fogaço, sudorese e palpitações cardíacas<sup>24</sup>. Por outro lado, é importante ressaltar que esses dois autores não encontraram resultados positivos para sintomas como insônia, artralgia e secura vaginal, e nos escores avaliados pela MRS que dizem respeito às funções urinária e sexual. Isso sugere a necessidade da realização de novos estudos com desenhos para a potencialização dos resultados alcançados como, por exemplo, o uso da *Schisandra chinensis* combinada com outra fitoterápico para os sintomas nos quais essa erva não apresentou benefícios, e que são os mais prevalentes em mulheres com sintomatologia climatérica e que influenciam diretamente na qualidade de vida.

A utilização da combinação de isoflavonas, lignanas e cimicífuga racemosa também mostrou, por meio do Índice de Kupperman, eficácia, estatisticamente significativa, no

tratamento dos sintomas climatéricos agudos após três meses de uso. Para os autores, por também não terem sido observados efeitos adversos, essa combinação é uma alternativa viável para o tratamento de mulheres na menopausa<sup>8</sup>.

Segundo Sammartino et al.<sup>8</sup>, o tratamento combinado com isoflavonas, lignanas e cimicífuga racemosa pode ser utilizado como alternativa de curto prazo em mulheres que não aderem à TRH ou que não podem fazer o uso desta, pois, para esses autores, essa terapêutica se mostrou efetiva e de efeito rápido, podendo ser utilizada, particularmente, enquanto se identifica, no processo do cuidado, o tratamento mais adequado para cada caso.

Esses achados são semelhantes aos dos resultados dos estudos de Sammartino et al.<sup>8</sup> com Gao et al.<sup>25</sup> que identificam tanto a *Cimicifuga foetida* como *Cimicifuga racemosa* como alternativas terapêuticas para mulheres na peri e pós-menopausa. Para esses autores, o uso de fitoterápicos desenvolvidos a partir de ervas de uma mesma família pode se tornar uma alternativa para a continuidade do cuidado em todas as fases do climatério, reforçando a necessidade estudos que possam investigar e validar (ou não) essa alternativa terapêutica para todo o período do climatério.

A *Silybum marianum* (cardo-mariano) foi outra erva utilizada no tratamento das ondas de calor do climatério. Ao comparar seu efeito com placebo, constatou-se que, nas subescalas de Greene Climacteric Scale (GCS) e Hot Flash Related Daily Interference Score (HFRDIS), houve melhora estatisticamente significativa dos sintomas avaliados pela escala de Greene e na execução de atividades diárias. Os efeitos colaterais apresentados foram leves, incluindo dor epigástrica e distensão abdominal<sup>26</sup>. Entretanto, mesmo com essas aparentes benefícios, os autores recomendam a realização de mais estudos de qualidade sobre a *S. marianum*, inclusive para elucidar seu mecanismo de ação no organismo de mulheres em fase de climatério.

Finalmente, ao se utilizar o *Dioscorea alata*, espécie da família *Discoreaceae*, os autores

observaram que, após seis meses de seu uso, houve uma melhora, estatisticamente significativa, dos sintomas clínicos, exceto da função sexual. No âmbito psicológico, a substância também surtiu efeito satisfatório, com repercussões positivas para os quadros de ansiedade e depressão.

O uso da *Dioscorea alata* também afetou positivamente os níveis de FSH sérico e estradiol, assim como acarretou melhora na qualidade de vida e redução nos escores da Escala Climatérica de Greene<sup>17</sup>. Entretanto, nesse mesmo estudo, foram observados efeitos adversos transitórios, como flatulência, fezes amolecidas e náuseas que, mesmo sendo eventos com baixo risco de vida, além de causar desconforto, podem ocasionar constrangimentos em situações como eventos sociais ou em ambientes de trabalho, o que certamente vai interferir na adesão e na aceitação ao tratamento.

As Pícs, normalmente, envolvem múltiplas abordagens que estimulam mecanismos naturais tendo em vista a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Associadas ao vínculo terapêutico, com escuta acolhedora, integram a saúde da mulher em uma abordagem ampliada no processo saúde-doença, contribuindo para o cuidado continuado, longitudinal, humanizado e integral<sup>33,34</sup>.

## Considerações finais

De maneira geral, os 24 ensaios clínicos que compuseram a amostra final desta revisão sistemática demonstraram benefícios da três Pícs avaliadas (yoga, acupuntura e fitoterapia), com resultados estatisticamente significantes, tanto para a qualidade de vida das mulheres em fase de climatério quanto na redução dos

sintomas mais frequentes nessa fase da vida feminina.

Os resultados desta revisão reforçam a importância da complementaridade de terapêuticas em uma assistência integrativa à saúde, sugerindo que o uso das Pícs pode ser encorajado de modo a combinar vários métodos eficazes na busca da qualidade de vida de mulheres no climatério e no controle de sintomas específicos, até mesmo conjuntamente com a TRH. Esses achados também indicam a necessidade de uma mudança no paradigma do modelo biomédico de apenas prescrição farmacológica, pois demonstram os benefícios de diferentes Pícs no climatério que, ademais, possuem também um excelente perfil custo-benefício e apresentam, geralmente, menos efeitos colaterais.

Apesar dos bons resultados encontrados nesta revisão, é importante frisar que se faz necessário o desenvolvimento de mais ensaios clínicos sobre todas as 29 Pícs no tratamento dos sintomas climatéricos e seu impacto na qualidade de vida das mulheres nessa fase de suas vidas, uma vez que, na presente revisão, respeitando os critérios definidos, só foram encontrados e incluídos estudos sobre acupuntura, yoga e fitoterapia.

## Colaboradores

Sobral BABFN (0000-0002-5650-350X)\* e Costa AM (0000-0002-2641-7686)\* contribuíram para concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Silva RA (0000-0003-0115-7432)\*, Souza CFQ (0000-0003-1541-3089)\* e Abrão FMS (0000-0003-3254-2851)\*, contribuíram para elaboração do texto, aprovação final da versão a ser publicada. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Correia AC, Lamas MC, Oliveira RF. Avaliação da terapêutica hormonal de substituição e das isoflavonas de soja na peri e pós-menopausa. *Acta Geront.* 2016;2(1):2.
2. Hickey M, Szabo RA, Hunter MS. Non-hormonal treatments for menopausal symptoms. *BMJ.* 2017;359:j5101. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5101>
3. Araujo AR, Chagas RKF, Lima ICS. Terapias Alternativas para os cuidados dos sintomas da menopausa: delineando possibilidades e desafios. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online).* 2020;12:1267-73.
4. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials.* 1996;17(1):1-12.
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
6. Joshi S, Khandwe R, Bapat D, et al. Effect of yoga on menopausal symptoms. *Menopause Int.* 2011;17(3):78-81.
7. Winther K, Rein E, Hedman C. Femal, a herbal remedy made from pollen extracts, reduces hot flashes and improves quality of life in menopausal women: a randomized, placebo-controlled, parallel study. *Climacteric.* 2005;8(2):162-70. DOI: <https://doi.org/10.1080/13697130500117987>
8. Zaborowska E, Brynhildsen J, Damberg S, et al. Effects of acupuncture, applied relaxation, estrogens and placebo on hot flushes in postmenopausal women: an analysis of two prospective, parallel, randomized studies. *Climacteric.* 2007;10(1):38-45.
9. Green J, Denham A, Ingram J, et al. Treatment of menopausal symptoms by qualified herbal practitioners: a prospective, randomized controlled trial. *Fam Pract.* 2007;24(5):468-74.
10. Chattha R, Raghuram N, Venkatram P, et al. Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study. *Menopause.* 2008;15(5):862-70
11. Rafiei R, Ataie M, Ramezani MA, et al. A new acupuncture method for management of irritable bowel syndrome: A randomized double blind clinical trial. *J Res Med Sci.* 2014;19(10):913-7.
12. Venzke L, Calvert Jr JF, Gilbertson B. A randomized trial of acupuncture for vasomotor symptoms in post-menopausal women. *Complement Ther Med.* 2010;18(2):59-66.
13. Taavoni S, Ekbatani N, Kashaniyan M, et al. Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial. *Menopause.* 2011;18(9):951-5.
14. Azizi H, Feng Liu Y, Du L, et al. Menopause-related symptoms: traditional Chinese medicine vs hormone therapy. *Altern Ther Health Med.* 2011;17(4):48-53.
15. Joshi S, Khandwe R, Bapat D, et al. Effect of yoga on menopausal symptoms. *Menopause Int.* 2011;17(3):78-81.
16. Hsu CC, Kuo HC, Chang SY, et al. The assessment of efficacy of *Dioscorea alata* for menopausal symptom treatment in Taiwanese women. *Climacteric.* 2011;14(1):132-9.
17. Luca AC, Fonseca AM, Lopes CM, et al. Acupuncture-ameliorated menopausal symptoms: single-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Climacteric.* 2011;14(1):140-5.
18. Hachul H, Garcia TK, Maciel AL, et al. Acupuncture improves sleep in postmenopause in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Climacteric.* 2013;16(1):36-40.
19. Menati L, Khaleghinezhad K, Tadayon M, et al. Evaluation of contextual and demographic factors on lico-

- rice effects on reducing hot flashes in postmenopausal women. *Health Care Women Int.* 2014;35(1):87-99.
20. Vora R, Dangi A. Effect of yoga on menopausal symptoms in the early menopausal period : a randomized controlled trial. *Indian J Physiother Occup Ther.* 2014;8(3):49. DOI: <http://dx.doi.org/10.5958/0973-5674.2014.00355.4>
  21. Jorge MP, Santaella DF, Pontes IM, et al. Hatha Yoga practice decreases menopause symptoms and improves quality of life: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 2016;26:128-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.014>
  22. Shamshad Begum S, Jayalakshmi HK, Vidyavathi HG, et al. A Novel extract of fenugreek husk (fenusmart™) alleviates postmenopausal symptoms and helps to establish the hormonal balance: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Phytother Res.* 2016;30(11):1775-84. DOI: <https://doi.org/10.1002/ptr.5680>
  23. Park JY, Kim KH. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of Schisandra chinensis for menopausal symptoms. *Climacteric.* 2016;19(6):574-80. DOI: <https://doi.org/10.1080/13697137.2016.1238453>
  24. Gao L, Zheng T, Xue W, et al. Efficacy and safety evaluation of Cimicifuga foetida extract in menopausal women. *Climacteric.* 2018;21(1):69-74. DOI: <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1406913>
  25. Palma F, Fontanesi F, Facchinetti F, et al. Acupuncture or phytoestrogens vs. (E)strogen plus progesterin on menopausal symptoms. A randomized study. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(11):995-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/09513590.2019.1621835>
  26. Saberi Z, Gorji N, Memariani Z, et al. Evaluation of the effect of Silybum marianum extract on menopausal symptoms: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *Phytother Res.* 2020;34(12):3359-66. DOI: <https://doi.org/10.1002/ptr.6789>
  27. Souza EAC, Reis IA, Lima AA. Climacteric symptoms and quality of life in yoga practitioners. *Explore.* 2020:1-6.
  28. Jiang G, Li Y, Xu D, et al. Effect of acupoint therapy combined with spine pinching in patients with menopausal syndrome: a randomized controlled trial. *J Tradit Chin Med.* 2020;40(5):855-62. DOI: <https://doi.org/10.19852/j.cnki.jtcm.2020.05.016>
  29. Soares JM Jr, Branco-de-Luca AC, Fonseca AM, et al. Acupuncture ameliorated vasomotor symptoms during menopausal transition: single-blind, placebo-controlled, randomized trial to test treatment efficacy. *Menopause.* 2020;28(1):80-5. DOI: <https://doi.org/10.19852/j.cnki.jtcm.2020.05.016>
  30. Passos MH, Silva HA, Pitangui AC, et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(2):200-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.06.006>
  31. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, et al. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* 2015;13(8):250-337. DOI: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1948>
  32. Pereira EC, Souza GC, Schweitzer MC. Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* 2022;46(esp1):152-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E110>
  33. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2015. [acesso em 2024 abr 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnmpf/publicacoes/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-no-sus-atitude-de-ampliacao-de-acesso/view>

---

Recebido em 27/02/2024

Aprovado em 26/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Magda Duarte dos Anjos Scherer

## Relato de experiência: coprodução do programa Qualis-APS para melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Brasília

### *Case study: coproduction of the Qualis-APS program to increase quality in Primary Health Care in Brasília*

Leonor Maria Pacheco Santos<sup>1</sup>, Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>1,2</sup>, Denise de Lima Costa Furlanetto<sup>1</sup>, Claudia Mara Pedrosa<sup>1</sup>, Maria Silvia Fruet de Freitas<sup>3</sup>, Thais Alessa Leite<sup>4</sup>, Wallace Enrico Boaventura Gonçalves Dos Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28830P

**RESUMO** Para incentivar melhorias na qualidade da Atenção Primária à Saúde em Brasília, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) instituiu o Programa Qualis-APS em 2019: uma coprodução entre profissionais da assistência, gestores, pesquisadores da Universidade de Brasília e Fundação Oswaldo Cruz. Ao envolver gestores e trabalhadores na concepção, coordenação, planejamento e execução, almejou-se promover engajamento e senso de pertencimento, pré-requisitos para tomar decisões baseadas em evidências. Objetivou-se descrever a concepção e implementação da sistemática de avaliação e etapas do primeiro ciclo avaliativo, concluído em 2022: I. Diagnóstico da estrutura das 165 Unidades Básicas de Saúde; II. Elaboração de padrões de qualidade para compor instrumentos de autoavaliação, com base em subsídios obtidos nas oficinas com 544 profissionais de saúde e usuários; III. Desenvolvimento da Plataforma Qualis-APS; IV. Autoavaliação das 603 Equipes de Saúde da Família/Saúde Bucal, 100 equipes das Gerências da Atenção Primária à Saúde e 59 Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica na Plataforma; V. Planejamento e elaboração do Plano de Ação para Qualidade pelas equipes; VI. Avaliação in loco das unidades básicas, por pesquisadores externos; VII. Certificação das equipes pela SES-DF. A experiência do primeiro ciclo foi exitosa; o segundo está em andamento.

**PALAVRAS-CHAVE** Colaboração intersetorial. Pesquisa sobre serviços de saúde. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** To encourage improvements in the quality of Primary Health Care in Brasília, the Federal District Health Department established the Qualis-APS Program in 2019, a co-production between healthcare professionals, managers and researchers from the University of Brasília and the Fundação Oswaldo Cruz. By involving managers and workers in the design, coordination, planning and execution, the aim was to promote engagement and a sense of ownership, prerequisites for evidence-based decision-making. The aim is to describe the conception and implementation of the evaluative process and the stages of the first evaluation cycle, concluded in 2022. I. Diagnosis of the structure of all 165 Basic Health Units; II. Elaboration of quality standards to compose self-assessment instruments, based on subsidies obtained in workshops with 544 health professionals and users; III. Development of the Qualis-APS Platform; IV. Self-assessment of the 603 Family Health Teams/Oral Health Teams, 100 Primary Health Care Management Teams and 59 Teams from the Expanded Family Health and Primary Care Centers on the Platform; V. Planning and elaboration of the Action Plan for Quality, made by the teams; VI. On-site evaluation of the Basic Units, by external researchers; VII. Certification of teams by the Health Department. The experience of the first cycle was successful and the second cycle is ongoing now.

**KEYWORDS** Intersectoral collaboration. Health services research. Quality assurance, health care. Primary Health Care.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
leopac.unb@gmail.com

<sup>2</sup>Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD), Conservatoire des Arts et Métiers (Cnam) - Paris, França.

<sup>3</sup>Organização Panamericana da Saúde (Opas) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.





## Introdução

Em Brasília, Distrito Federal (DF), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) em 2017 quando da instituição da Política de Atenção Primária do DF<sup>1</sup>. Comparativamente aos demais entes da federação, a implementação da ESF foi tardia. Na implantação da nova política, os profissionais de saúde que estavam atuando no modelo tradicional puderam permanecer desde que manifestassem interesse e participassem de capacitação e processo avaliativo. A conversão do modelo ocasionou aumento de cobertura da ESF de 28% para 69%, em um período de dois anos, em função da realocação dos profissionais e da reorganização das equipes, associadas à ampliação das contratações<sup>2</sup>.

Transcorridos seis anos da implantação do novo modelo, a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), com a intenção de aperfeiçoar a qualidade dos serviços de APS, iniciou, em 2018, uma parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e a Fundação Oswaldo Cruz, visando desenvolver e implementar o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária (Qualis-APS)<sup>3</sup>. O programa, lançado em setembro de 2019, tem como eixos: a elaboração e a implantação de sistemática de avaliação, o desenvolvimento de cursos de formação, a produção e a divulgação de conhecimentos sobre o SUS de Brasília-DF.

No que concerne à avaliação da APS, tem-se como experiência recente, empreendida pelo governo federal para expansão e consolidação da ESF em todo o País, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Criado em 2011, foi uma estratégia de avaliação para qualificar a APS baseado na adesão voluntária<sup>4</sup>. O PMAQ-AB foi desenvolvido em três ciclos: 1º (novembro 2011 – março 2013), 2º (abril 2013 – setembro 2015) e 3º (outubro 2015 – dezembro 2019)<sup>5</sup>. No

seu terceiro e último ciclo (2015), o PMAQ-AB alcançou coberturas muito altas, com 19 das 27 das Unidades da Federação apresentando adesão de equipes superior a 90%.

No entanto, ele registrou uma baixa adesão em Brasília-DF: 50,3% das equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Saúde Bucal (eSB)<sup>6</sup>. Os seguintes problemas marcaram o PMAQ-AB no DF:

Pouca preparação das equipes na adesão ao programa; visão parcial/distorcida da proposta; fragilidades no monitoramento; incipientes processos autoavaliativos; inexistência de apoio institucional; inadequação da educação permanente; condições de trabalho insatisfatórias e rede de apoio diagnóstico deficitária<sup>7</sup>.

Em Brasília-DF, persistia a necessidade de aperfeiçoar a qualidade dos serviços de APS. Para isso, tornou-se uma exigência o desenvolvimento de uma sistemática de avaliação que considerasse a realidade local, orientada pelos princípios da participação e da coconstrução com diversos atores. Diferentemente de experiências anteriores, o Qualis-APS inova ao construí-los com base nas singularidades de Brasília-DF.

O Projeto Básico foi elaborado em coprodução por gestores, profissionais e pesquisadores. O paradigma da coprodução é servir aos interesses públicos e tornar-se uma ação transformadora promovendo o engajamento de cidadãos, grupos sociais e fortalecendo a democracia<sup>8-10</sup>, partindo da visão e experiências vivenciadas na APS por profissionais e usuários na lógica do sujeito implicado no processo transformativo<sup>11</sup>.

A partir de estudos que empregaram a coprodução de pesquisas em serviços de saúde, as quatro principais razões apresentadas para coproduzir estão sumarizadas no *quadro 1*.

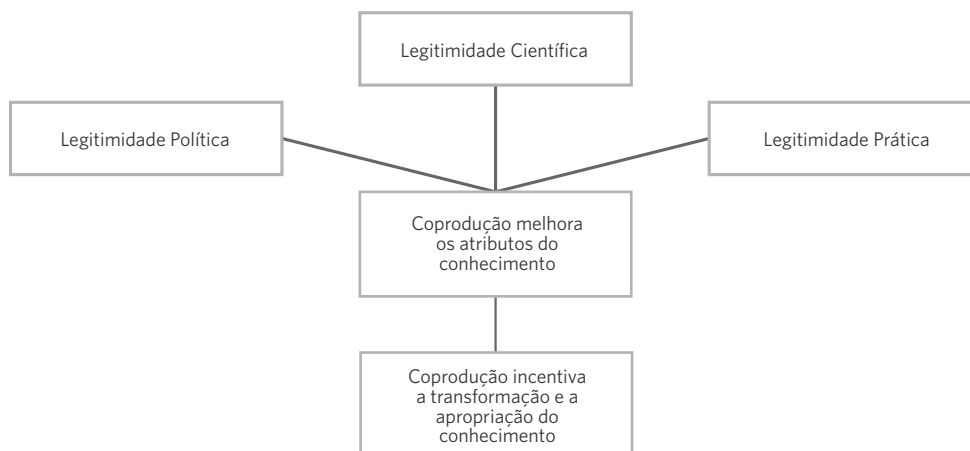


Quadro 1. Principais razões para realizar a coprodução de pesquisas em serviços e sistemas de saúde

Razão	Descrição e justificativa
Substantiva	O engajamento visa melhorar a qualidade da pesquisa, pois ajuda pesquisadores e formuladores de políticas a desenvolver uma compreensão mais holística de um contexto, uma questão e/ou uma solução, sobretudo do ponto de vista epistemológico. A participação intensa pode aumentar a relevância da avaliação por focar tópicos apropriados que precisam ser elucidados.
Instrumental	É embasado no propósito de ver os resultados da pesquisa utilizados na prática e de forma eficaz. Muitos afirmam que a pesquisa coelaborada e coproduzida é provavelmente mais impactante, pois identifica as questões de pesquisa baseadas na prática e os resultados que estão relacionados com o ambiente de implementação. Colabora para aprimoramento e criação de capacidade entre não acadêmicos e cria um senso de confiança e empoderamento entre os potenciais interessados, aumentando assim a probabilidade de utilização dos resultados da pesquisa e de compartilhamento de evidências.
Normativa	O engajamento se justifica na condução de pesquisas para servir aos interesses públicos, com enfoque na prestação de contas aos financiadores (públicos). Alguns autores acrescentam a crença de que a coprodução pode ser 'transformadora não apenas em termos de pesquisa' ou seja, a aprendizagem mútua e contínua é uma virtude das práticas de pesquisa colaborativa - uma mudança clara do modelo do 'assessor científico', paternalista, ainda prevalente.
Política	Ao envolver 'não pesquisadores' na coordenação do processo de pesquisa, a coprodução pode fazer gestores e trabalhadores se sentirem empoderados e incluídos, aumentando o senso de propriedade (um pré-requisito para tomar decisões baseadas nas evidências da pesquisa). Uma colaboração estreita pode mudar os estereótipos negativos que porventura existam entre pesquisadores e gestores/trabalhadores de saúde, abrindo caminho para que a pesquisa tenha mais impacto. A pesquisa coproduzida, em geral, é mais relevante e confiável para o público-alvo, assim, a legitimidade do conhecimento, os objetivos e aceitação são incrementados.

Fonte: elaboração própria com base na Oliver, Kothari e Mays<sup>9</sup>.

A *figura 1*, elaborada a partir do relato de lições aprendidas de pesquisas no 'mundo real'<sup>12</sup>, esquematiza os mecanismos otimizados pela estratégia de coprodução da pesquisa avaliativa.



Fonte: elaboração própria com base em Di Giulio e Defila<sup>12</sup>.

O trabalho conjunto de pesquisadores e gestores, desde o início de um projeto ou programa, confere a legitimidade científica, característica das universidades e dos institutos de pesquisa, e, simultaneamente, a legitimidade política (institucional) dos sistemas de saúde e a legitimidade prática, advinda dos serviços de saúde (figura 1). A coprodução qualifica o conhecimento gerado e otimiza a elaboração de instrumentos e de planos de análise dos dados. Além disso, uma vez que os resultados estejam disponíveis, fomenta a apropriação dos conhecimentos gerados e a sua incorporação para a melhoria dos sistemas e serviços de saúde<sup>12</sup>.

No entanto, os interesses e as prioridades podem divergir entre gestores de políticas de saúde e pesquisadores. A temporalidade é diferente, pois formuladores e gestores sempre desejam soluções rápidas, viáveis e pragmáticas, visto que as necessidades dos serviços são inúmeras e, em parte, urgentes, mas a ciência exige análises cuidadosas e deliberações ponderadas<sup>13</sup>.

O objetivo deste manuscrito é relatar a concepção e a implementação, em coprodução, da sistemática de avaliação da APS de Brasília-DF no âmbito do Programa Qualis-APS.

## A sistemática de avaliação

A sistemática de avaliação da APS em Brasília-DF é desenvolvida por pesquisadores da UnB, em parceria com a SES-DF, com a finalidade de estimular a organização de processos de trabalho, segundo as necessidades de saúde dos territórios, além de institucionalizar práticas avaliativas que podem incentivar um senso de pertencimento ainda maior entre os trabalhadores da saúde.

Trata-se de um programa de intervenção, pesquisa e formação, considerando que busca provocar alterações nos processos de trabalho e de gestão, produzir conhecimentos sobre o sistema de saúde de Brasília-DF e, nesse percurso, realizar a formação no e pelo trabalho

durante a realização dos ciclos avaliativos.

A sistemática de avaliação adotou os referenciais da coprodução, participação e autonomia<sup>8-12</sup>, da avaliação participativa, proposta democrática e emancipatória<sup>14</sup>, da análise da atividade de trabalho<sup>15,16</sup> e da melhoria contínua da qualidade<sup>17</sup>. A Metodologia da Avaliação, desenvolvida em coprodução com a SES-DF, está detalhada em uma publicação da série 'Cadernos Qualis-APS'<sup>18</sup>.

O protocolo de implantação e desenvolvimento da sistemática de avaliação foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS-UnB), com parecer nº 3.937.242 (CAAE nº 29640120.6.0000.0030). Todos os preceitos éticos foram respeitados.

Como abaixo descrito em cada etapa, as ações realizadas de janeiro de 2020 até dezembro de 2022 permitiram o diagnóstico linha de base da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a conclusão de um ciclo completo de avaliação, que incluiu a autoavaliação das eSF/eSB, equipes das Gerências de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) e equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf-AB). Além disso, foram elaborados e executados, pelas equipes, Planos de Ação para a Qualidade (PAQ), bem como realizadas a avaliação *in loco* das UBS então existentes e a certificação das eSF/eSB pela SES-DF.

Foram elaboradas, implementadas e concluídas as sete etapas abaixo, no período supracitado:

- I. Diagnóstico linha de base da estrutura das 165 UBS e análise da capacidade de resposta das UBS à covid-19;
- II. Coprodução dos padrões de qualidade e dos instrumentos de autoavaliação;
- III. Desenvolvimento da Plataforma Qualis-APS;
- IV. Autoavaliação das 603 eSF/eSB, 100 GSAP e 59 eNasf-AB;
- V. Coconstrução do instrumento de planejamento local, elaboração e execução do PAQ pelas eSF/eSB, GSAP e eNasf-AB;

VI. Avaliação *in loco* das UBS e da satisfação dos usuários realizada por pesquisadores externos;  
VII. Certificação das eSF/eSB pela SES-DF a partir de dados coletados e analisados pela equipe de pesquisadores da UnB.

## I. Diagnóstico inicial da estrutura – linha de base

A estrutura pode ser definida como condições estruturais estáveis dos serviços de saúde (recursos materiais, humanos e ambiente físico). Uma estrutura adequada possibilita melhorias nos processos de trabalho dos profissionais e melhor assistência aos usuários<sup>19</sup>.

Foi realizado diagnóstico inicial para avaliar a estrutura das 165 UBS de Brasília-DF, empregando instrumento construído para esse fim, após extensa análise de modelos disponíveis e das normativas existentes; houve participação ativa de gestores da SES-DF na coprodução dos instrumentos. Considerando o contexto pandêmico e a necessidade da SES-DF de integrar outros mecanismos de avaliação ao Qualis-APS, foram incluídas, no instrumento, questões para avaliar a capacidade de resposta das UBS à pandemia do novo coronavírus, bem como os indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL), ferramenta de contratualização celebrada entre as Superintendências das Regiões de Saúde do DF e as UBS do seu território. Os parâmetros da construção e o instrumento estão disponíveis em artigo publicado pela equipe Qualis-APS<sup>20</sup>.

A coleta de dados ocorreu entre agosto 2020 e janeiro de 2021 de modo on-line e por telefone, tendo em vista o advento da pandemia de covid-19 e das medidas de distanciamento e isolamento social. O instrumento foi pré-testado em duas UBS prisionais do DF que não participam do programa.

A análise dos resultados, importantes para o enfrentamento da covid-19, foi concluída e entregue à SES-DF em 2021; e a seguir, o Diagnóstico da Estrutura foi publicado na série ‘Cadernos Qualis-APS’<sup>21</sup>. A análise da

capacidade de resposta à pandemia indicou que houve readequação da estrutura física (salas de espera, espaços internos/externos, montagem de tendas); fornecimento adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de testes covid-19; busca ativa de suspeitos de covid-19 por telefone e algumas visitas domiciliares; monitoramento de fluxos de transferência de pacientes e ainda serviços de telessaúde. O diagnóstico concluiu que as UBS de Brasília-DF conseguiram reorganizar os seus serviços para atender as necessidades mais urgentes da pandemia<sup>20</sup>. Além disso, o instrumento coletou dados que permitiram classificar as UBS segundo a tipologia com método adaptado de Giovanella<sup>22</sup> e Bousquat<sup>23</sup>. Os critérios empregados e os resultados da Tipologia da Estrutura foram publicados na série ‘Cadernos Qualis-APS’<sup>24</sup>.

## II. Coprodução dos padrões de qualidade e dos instrumentos de autoavaliação

A construção participativa dos padrões de qualidade para a elaboração dos instrumentos de autoavaliação ocorreu em duas etapas. Na primeira, em 2020, o alvo foram as equipes das GSAP e das eSF/eSB. Em 2021, iniciou-se o desenvolvimento dos padrões para comporem o instrumento de autoavaliação dos Nasf-AB. Todo o processo se caracteriza pela inovação ao se basear no conhecimento e na experiência dos participantes em triangulação com os atributos e as normas orientadoras da APS.

Nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, foram realizadas sete oficinas presenciais com 425 profissionais da gestão e da assistência, de todas as regiões de saúde de Brasília-DF, para subsidiar a construção de padrões de qualidade que compuseram os instrumentos de autoavaliação. Nos eventos, foram realizados 20 Grupos Focais (GF) e 21 Rodas Reflexivas (RR) multiprofissionais nos quais trabalhadores da assistência e da gestão – gerentes e supervisores das UBS – contribuíram com reflexões sobre qualidade da APS nos serviços, no

trabalho do gestor e das equipes e na atenção ao usuário. As oficinas ocorreram em locais neutros, não vinculados às dependências da SES-DF, garantindo ambiente acolhedor que inspirasse confiança aos participantes de modo a se expressarem livremente.

Com o início das restrições em razão da pandemia de covid-19, as atividades previstas com usuários e representantes da sociedade civil foram adaptadas para a modalidade remota. Foram realizados, com o apoio do Conselho de Saúde do DF, quatro Grupos Focais Virtuais (GFV), com duração aproximada de duas horas, nos quais participaram 31 conselheiros de saúde representantes da sociedade civil e de entidades profissionais.

As percepções dos participantes de todas as oficinas, presenciais e remotas, sobre 'como deve ser um serviço de APS de qualidade' geraram a matéria-prima base para a construção dos padrões de qualidade que compõem os instrumentos de autoavaliação das eSF, eSB e equipes das GSAP. A análise qualitativa dos dados foi feita utilizando-se a técnica do Mapa de Associação de Ideias<sup>25</sup>, em que as narrativas foram categorizadas em estrutura, processo ou atenção ao usuário, seguidas da vinculação às unidades analíticas de equipe de gestão (GSAP) e equipe eSF e eSB. Após a construção do Mapa de cada região, passou-se à etapa de elaboração das assertivas ou declarações da qualidade esperada, ou seja, do padrão de qualidade, sempre em duplas de pesquisadores, de forma a garantir confiabilidade e adequação da informação gerada.

Ainda sob o ponto de vista da coprodução, foram realizadas várias discussões com a equipe técnica da SES-DF para qualificação dos padrões e dos elementos avaliáveis. Estes orientavam a análise do cumprimento de cada padrão possibilitando que os profissionais analisassem o que realizam diante do que está definido em normativas.

Para a finalização dos padrões, foram considerados os indicadores do AGL, que, associados às normas orientadoras da APS e aos subsídios fornecidos pelos trabalhadores e usuários,

expressam a singularidade da APS de Brasília-DF. Ressalta-se que todos os padrões de qualidade e elementos avaliáveis presentes nos instrumentos de avaliação estão de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política de Atenção Primária de Brasília-DF.

O pré-teste dos instrumentos das eSF/eSB e GSAP foi realizado em nove equipes eSF/eSB e seis GSAP de UBS de diferentes regiões de saúde, visando à análise semântica dos padrões e dos itens avaliáveis correspondentes, bem como à funcionalidade da Plataforma Qualis-APS.

A elaboração dos padrões de qualidade e o desenvolvimento dos instrumentos para autoavaliação das equipes eSF/eSB e GSAP ocorreram em coprodução com a SES-DF, os quais estão descritos na publicação 'Metodologia da Avaliação' da série 'Cadernos Qualis-APS'<sup>18</sup>. O instrumento para autoavaliação das equipes eSF/eSB tem 45 padrões de qualidade, divididos em quatro dimensões e 10 subdimensões<sup>26</sup>. O instrumento para autoavaliação das GSAP conta com 36 padrões organizados em cinco dimensões e 12 subdimensões<sup>27</sup>.

Para estabelecer os padrões de qualidade para os Nasf-AB, foram realizadas, em dezembro de 2021, 22 atividades no formato de GF, entrevistas coletivas e rodas de conversas, com 119 profissionais do Nasf-AB e 57 usuários dos serviços da APS. O material coletado com as percepções dos participantes sobre a atenção de qualidade na APS e o trabalho das eNasf-AB foi sistematizado e analisado conforme a metodologia acima descrita para as eSF/eSB e GSAP, gerando, em coprodução com os gestores da SES-DF, 24 padrões de qualidade que compuseram o instrumento de autoavaliação<sup>28</sup>.

O pré-teste do instrumento ocorreu com os membros da Câmara Técnica dos Nasf-AB, simulando o preenchimento na Plataforma Qualis-APS, para avaliar o acesso e a usabilidade da ferramenta pelos participantes. As informações e as sugestões apresentadas no pré-teste foram consideradas para realização de ajustes no instrumento e na Plataforma.

### III. Criação da Plataforma Qualis-APS

A Plataforma Qualis-APS foi desenvolvida em coprodução com a equipe técnica da SES-DF para, além de abrigar toda a produção do Qualis-APS, permitir o acesso das equipes, tanto para preencher os instrumentos de avaliação e elaboração do plano de ação quanto para acompanhar e monitorar a evolução do preenchimento. Ela tem formato modular, facilitando a sistematização e a análise dos resultados, com a extração de relatórios personalizados

A plataforma possui dois ambientes de interação: a) um ambiente público, que permite o acesso a informações sobre o Programa e a documentos publicados sobre o processo avaliativo e os resultados das fases do Qualis-APS; e b) um ambiente restrito, acessado por meio de *login*, para os trabalhadores da APS da SES-DF. Nesse ambiente restrito, cada trabalhador pode ver os resultados de sua respectiva equipe e participar da fase vigente de acordo com o cronograma do Ciclo Avaliativo.

Atualmente, a Plataforma possui 1.247 usuários cadastrados e ativos, dos quais 1.007 são profissionais de equipes de saúde, 133 são gestores locais, 31 são gestores regionais, 26 são gestores centrais e 12 são da UnB<sup>29</sup>.

### IV. Autoavaliação das eSF/eSB, GSAP e eNasf-AB

No Qualis-APS, a avaliação preconizada não se resume a uma verificação do cumprimento de normas e padrões, mas que seja um processo de coaprendizagem. Ela foi concebida na perspectiva de que os trabalhadores tenham espaços de análise das situações de trabalho vivenciadas e que, com isso, possam compreender o que contribui para a qualidade dos serviços – e, se necessário, propor adequações, conforme a singularidade local. Sendo assim, as equipes foram orientadas a fazer a autoavaliação coletivamente. As equipes avaliaram o grau de cumprimento de cada padrão, em uma escala de 1 a 5, sendo que 1

corresponde a ‘não cumpro’ e 5, a ‘cumpro totalmente’. Houve ampla mobilização para o preenchimento dos respectivos instrumentos de autoavaliação entre as equipes eSF/eSB<sup>26</sup>, GSAP<sup>27</sup> e eNasf-AB<sup>28</sup>.

Na Plataforma, o cumprimento do padrão era indicado por uma semaforização, facilitando a visualização dos resultados em gráficos/tabelas e orientando a análise dos resultados. Todos os 100 GSAP preencheram o instrumento na Plataforma Qualis-APS. Entre as 603 eSF/eSB, 599 (99%) preencheram no prazo definido (1º de setembro a 17 de dezembro de 2021).

### V. Planejamento e elaboração de Plano de Ação para Qualidade

Após a finalização da autoavaliação, as equipes iniciaram a elaboração do PAQ, orientado por instrumento adaptado de um modelo já utilizado pela SES-DF no delineamento dos planos relacionados com os Acordos de Gestão Regional e os AGL. O objetivo dessa etapa é promover uma oportunidade de planejamento das equipes de eSF e eSB e gestão local, estimular a participação dos profissionais na construção de propostas para melhoria dos serviços ofertados e a adequação dos processos de trabalho a partir das necessidades e das demandas locais.

O PAQ foi desenvolvido para ser preenchido na Plataforma Qualis-APS em modelos específicos para as equipes de eSF/eSB. As equipes eSF/eSB e GSAP foram incentivadas a analisar os resultados da autoavaliação e a definir, entre os padrões de qualidade que tiveram pior desempenho, quatro a serem incluídos no PAQ, para serem objeto de intervenção para a melhoria, sendo dois desses padrões relacionados com os indicadores do AGL.

Após a seleção dos padrões, as equipes identificaram problemas e elaboraram ações que poderiam ser realizadas para alcançar um resultado melhor. Para tanto, apontaram os recursos necessários, os responsáveis pelas ações, o prazo para cada atividade, os critérios de verificação do cumprimento, bem como

pueram indicar o *status* da realização ao longo do tempo. A mobilização e a orientação para a elaboração dos PAQ foram a constante ao longo de todo o processo. Das 603 eSF/eSB, 592 inseriram seus PAQ na Plataforma Avaliação Qualis-APS no prazo definido pela gestão da SES-DF. Após esse prazo, as equipes podiam inserir novos problemas e ações, além de atualizar o *status* da realização. Ao todo, 601 PAQ foram elaborados pelas eSF em parceria com as eSB de referência, e 95 GSAP elaboraram o PAQ.

## VI. Avaliação in loco e da satisfação dos usuários

Essa etapa foi realizada após a execução do plano de ação e teve como objetivo avaliar componentes da estrutura das UBS, do processo de trabalho das equipes de assistência e da gestão local, além de conhecer a percepção de usuários acerca dos serviços ofertados na APS. Objetivou-se fornecer subsídios para direcionar os atores envolvidos (profissionais da assistência, gestores locais, regionais e de nível central, e conselho de saúde) na tomada de decisões sobre a continuidade e a reorientação de processos.

Para a coleta de dados, desenvolveram-se um manual e os instrumentos, em coprodução com a equipe técnica da SES-DF e os pesquisadores da UnB<sup>30</sup>. O manual foi estruturado em cinco módulos: módulo de eSF, com ênfase no processo de trabalho da eSF; módulo de eSB, sobre processo de trabalho da eSB; módulo de GSAP, relacionado com o processo de trabalho da GSAP; módulo usuário, sobre satisfação do usuário; módulo de observação *in loco*/visita com questões referentes à estrutura da UBS. Todos os módulos passaram por revisão semântica e foram pré-testados antes do início da coleta de dados.

A coleta de dados foi conduzida por avaliadores externos à SES-DF. Os entrevistadores foram previamente selecionados e treinados pela equipe de pesquisadores da UnB, que também coordenou todo o processo de

coleta de dados em campo. Todas as 165 UBS de Brasília-DF foram incluídas na coleta de dados, que ocorreu com visita *in loco* em datas previamente agendadas. A ferramenta utilizada foi digital, por meio do aplicativo REDCap, instalado em *tablets*. Os módulos eSF, eSB e equipes GSAP foram respondidos por meio de entrevista com trabalhadores dessas equipes. Para o módulo Observação *in loco*, foi realizada visita guiada com um membro da equipe de gestão ou alguém indicado por ele.

Os usuários entrevistados foram selecionados no dia da visita às UBS de acordo com os seguintes critérios: usuário que tenha buscado atendimento em qualquer serviço da UBS na data da entrevista (independentemente de ter obtido êxito ou não); usuário com 18 anos ou mais em condições de responder às questões de forma independente (não foram incluídos acompanhantes de pessoa idosa); responsável ou cuidador acompanhando a criança com zero a 12 anos de idade (inclusive). A coleta desses dados de avaliação *in loco* e da satisfação dos usuários forneceu subsídios a etapa da certificação.

## VII. Certificação das eSF/eSB pela SES

A certificação é a última fase de um Ciclo Avaliativo do Programa Qualis-APS elaborada a partir dos resultados de todas as etapas do Qualis-APS. Nela, cada uma das eSF/eSB da APS de Brasília-DF é reconhecida pelo seu desempenho durante aquele ciclo, recebendo uma classificação que varia de cinco a um Ipê – árvore nativa e simbólica do bioma da capital federal, escolhida como símbolo do Programa Qualis-APS.

Embora essa fase seja de responsabilidade da SES-DF, o seu processo foi resultante de diversas oficinas de construção conjunta entre a UnB e a SES-DF, para definição das variáveis e dos indicadores que comporiam a certificação. No 1º Ciclo Avaliativo, as equipes foram avaliadas considerando: a) realização da autoavaliação no prazo estipulado,



independentemente da nota atribuída pelas equipes; b) elaboração e execução do PAQ no prazo definido; c) desempenho da equipe na fase da avaliação *in loco*, com variáveis selecionadas atinentes ao processo de trabalho; d) desempenho em indicador de cadastramento de população adscrita, em conformidade com o AGL da SES-DF; e) satisfação do usuário, mensurada em entrevista representativa da Região de Saúde. Na conclusão do 1º Ciclo Avaliativo do Qualis-APS, a SES-DF organizou uma cerimônia para a entrega da certificação para as 66 equipes de saúde com a melhor avaliação, cujo símbolo traduz-se em ‘cinco Ipês’.

## Considerações finais

O Programa Qualis-APS, desenvolvido na forma de coprodução entre acadêmicos e gestores locais da APS de Brasília-DF, estabeleceu um papel inovador para a gestão com potencial para alcançar mudanças nas políticas e práticas de saúde no âmbito da APS. As razões para desenvolvê-lo em coprodução são: a) melhora da qualidade da avaliação por focar tópicos apropriados que precisam ser elucidados; b) aumento na probabilidade de utilização dos resultados de forma eficaz pela criação de capacidades entre não acadêmicos e de um senso de empoderamento entre os potenciais interessados nos resultados da avaliação; c) condução da pesquisa/avaliação para servir aos interesses públicos: a coprodução pode ser transformadora, promovendo o engajamento de cidadãos e grupos sociais e alimentando a democracia; d) aumento no senso de propriedade, um pré-requisito para tomar decisões usando os resultados da pesquisa ao envolver ‘não pesquisadores’ na coordenação de todo o processo. A experiência indicou que é viável

desenvolver propostas para melhoria da qualidade, a exemplo do Programa Qualis-APS, com padrões de qualidade moldados às especificidades locais, visando estimular práticas institucionais avaliativas e que tenham um caráter contínuo.

No processo de coprodução, muitas alterações foram feitas tanto no projeto desenhado inicialmente quanto no cronograma de execução. Isso permitiu adequação às necessidades da gestão não apenas no tempo de implementação como também em estratégias priorizadas em função de definições políticas e do contexto sanitário, a exemplo da pandemia de covid-19. A coprodução exige um tempo de dedicação de todos os envolvidos, que nem sempre é possível no tempo da gestão, ou mesmo considerando-se o prazo do financiamento do projeto/programa como citado por Oliver e colaboradores<sup>9</sup>.

Quanto mais amplo e diverso for o grupo que conduz o trabalho em coprodução, mais ricos e abrangentes serão os resultados, porém, mais moroso, com prováveis atrasos de cronograma. Nesse contexto, é necessário ter pessoas que possam facilitar as discussões e mediar os conflitos que inevitavelmente surgem no processo colaborativo.

## Colaboradores

Santos LMP (0000-0002-6739-6260)\*, Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\*, Furlanetto DLC (0000-0002-5703-7520)\*, Pedrosa CM (0000-0001-9253-3928)\*, Freitas MSF (0000-0003-4151-3761)\*, Leite TA (0000-0001-9307-4807)\* e Santos WEBGD (0000-0001-5705-936X)\* contribuíam igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



---

## Referências

1. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria 77, de 14 de fevereiro de 2017 que Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Edição 33; Seção 1:4. 1
2. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2031-41.
3. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria 39, de 23 de janeiro de 2019 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualisAPS). Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 fev 14; Edição 32; Seção 1:6.
4. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS nº 1.654 de 19 julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jul 20; Edição 138; Seção 1:79.
5. Russo LX, Powell-Jackson T, Barreto JOM, et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. *BMJ Glob Health*. 2021;6(7):e005429.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Adesão ao terceiro ciclo: Relatório Estadual. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
7. Lopes EAA, Scherer MDA, Costa AM. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. *Tempus* [Internet]. 2015 [acesso em 2024 set 12];9(2):237-50. Disponível em: <https://www.tempus-sactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1757>
8. Ostrom E. Crossing the great divide: coproduction, synergy, and development. *World Development*. 1996;24(6):1073-87.
9. Oliver K, Kothari A, Mays N. The dark side of coproduction: do the costs outweigh the benefits for health research? *Health Res Policy Sys*. 2019;17(33):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0432-3>
10. Hansen PM, Synowiec C, Blanchet NJ. Co-production between researchers and policymakers is critical for achieving health systems change. *The BMJ Opinion* [Internet]. 2021 fev 15 [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/02/15/co-production-between-researchers-and-policymakers-is-critical-for-achieving-health-systems-change/>
11. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
12. Di Giulio A, Defila R. Lessons from “real-world laboratories” about transdisciplinary projects, transformative research and participation. *Integration and Implementation Insights* [Internet]. 2018 mar 22 [acesso em 2023 abr 25]. Disponível em: <https://i2Insights.org/2018/03/22/lessons-from-real-world-laboratories/>
13. Bensing JM. Doing the right thing and doing it right: toward a framework for assessing the policy relevance of health services research. *Int J Technol Assess Health Care*. 2003;19:604-12. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0266462303000564>
14. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.
15. Schwartz Y, Durrive L. *L'activité en dialogues: entretiens sur l'activité humaine (II)*. Toulouse: Octarès Éditions; 2009. 296 p.
16. Schwartz Y. O agir avaliativo entre seus dois polos. *Serv Soc e Saúde*. 2019;18:e019006.

17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
18. Scherer MDA, Freitas MABF, organizadoras. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/Cadernos-QualisAPS-MetodologiadavaliacaodaAPSdoDistritoFederal2022.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
20. Furlanetto DLC, Santos W, Scherer MDA, et al. Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19? *Saúde debate*. 2022;46(134):630-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403P>
21. Lima AA, Pedrosa CM, Furlanetto DLC, et al., organizadores. Diagnóstico de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à Covid-19 [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: [qualisaps.unb.br/files/2022\\_11\\_29-v010\\_relatorio-diagnostico-estrutura.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/2022_11_29-v010_relatorio-diagnostico-estrutura.pdf)
22. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos*. 2015;5:1-63.
23. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* 2017;33(8):e00037316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
24. Lima AA, Pedrosa CM, Furlanetto DLC, et al., organizadores. Tipologia de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz; 2022 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/2022\\_11\\_29-v8\\_relatorio-tipologia-estrutura.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/2022_11_29-v8_relatorio-tipologia-estrutura.pdf)
25. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010. Cap. III, As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano. p. 38-59.
26. Pedrosa CM, Poças KC, Scherer MDA, et al., organizadoras. Instrumento de autoavaliação das equipes da Estratégia Saúde da família (eSF) e Saúde Bucal (eSB) [Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2021 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/CAD\\_EQUIPE-INS-TRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/CAD_EQUIPE-INS-TRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf)
27. Pedrosa CM, Poças KC, Scherer MDA, et al., organizadoras. Instrumento de autoavaliação da equipe de Gestão da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2021 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/files/CAD-GESTAO-INSTRUMENTO-COM-PADROES-FINAIS-NOVO-EXPEDIENTE-08072022.pdf>
28. Pedrosa CM, organizadora. Manual de avaliação das equipes dos núcleos ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB [Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/Manual\\_Avaliacao\\_Nasf-AB\\_Final.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/Manual_Avaliacao_Nasf-AB_Final.pdf)
29. Programa QUALIS APS [Internet]. Plataforma da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Rio de Janeiro: 2019 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/>
30. Lima AA, Furlanetto DLC, Santos LMP, et al., organizadores. Manual de avaliação in loco e instrumento [Internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2022 [acesso em 2014 mar 8]. Disponível em: [https://qualisaps.unb.br/files/MANUAL\\_INSTRUTIVO\\_FINAL\\_22\\_08\\_22\\_revisto.pdf](https://qualisaps.unb.br/files/MANUAL_INSTRUTIVO_FINAL_22_08_22_revisto.pdf)

---

Recebido em 13/08/2023

Aprovado em 15/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que financiou o Programa Qualis-APS

Editora responsável: Luciana Sepúlveda Köpftcke



## Construção pedagógica de um curso de especialização para gestores da APS sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde

*Pedagogical construction of a specialization course for PHC managers based on Continuous Education in Health*

Ana Silvia Pavani Lemos<sup>1</sup>, Evelyn de Britto Dutra<sup>2</sup>, Luciana Sepúlveda Köptcke<sup>1</sup>, Aline Guio Cavaca<sup>1</sup>, Missifany Silveira<sup>1</sup>, Kellen Cristina da Silva Gasque<sup>3</sup>, Rafael de Souza Petersen<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28909P

**RESUMO** O presente artigo objetivou descrever a experiência da construção do curso de especialização para gestores da Estratégia Saúde da Família enquanto papel inovador para uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade e resolutive no Distrito Federal. A metodologia orientou-se pelas seguintes etapas: mapeamento de normativas educacionais e de saúde no contexto do governo do Distrito Federal; revisão da literatura sobre o trabalho e as competências gerenciais na APS; e observação *in loco* das discussões realizadas em eventos da gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os resultados identificaram as competências e as temáticas a serem trabalhadas durante o curso de especialização a partir da realidade de trabalho desses gestores nos territórios. Com base nos achados, elaborou-se o percurso pedagógico do curso, tendo como base os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, articulados ao referencial da ergoformação, às diretrizes da educação a distância na saúde e às bases normativas da APS.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Educação continuada. Universidades. Educação a distância. Ensino.

**ABSTRACT** This article aimed to describe the experience of building a specialization course for managers of the Family Health Strategy as an innovative role for the quality and resolvability Primary Health Care (PHC) in the Federal District of Brazil. The methodology was guided by the following steps: mapping of educational and health regulations, in the context of the Federal District Government; review of the literature on work and managerial skills in PHC; and on-site observation of discussions held at Federal District Health Department management events. The results identified the skills and themes to be worked on during the specialization course, based on the reality of the work of these managers in the territories. Based on the findings, the course's pedagogical path was developed, based on the assumptions of Permanent Health Education, articulated with the ergo-training framework, the guidelines for distance education in health and the normative bases of PHC.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Health management. Education, continuing. Universities. Education, distance. Teaching.

<sup>1</sup>Escola de Governo Fiocruz Brasília (EGF-Brasília), Núcleo de Educação e Humanidades em Saúde (NEHS-Jacarandá) - Brasília (DF), Brasil. [anasilviapavani@gmail.com](mailto:anasilviapavani@gmail.com)

<sup>2</sup>Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (SE-UNA-SUS) - Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um instrumento de gestão primordial para a qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua estratégia, pautada na reflexão crítica das práticas cotidianas, aliada a metodologias pedagógicas participativas e colaborativas, a coloca como um dos pontos-chave para os processos de mudança e transformação do trabalho<sup>1,2</sup>. Além disso, profissionais bem qualificados, aliados às outras ações direcionadas aos trabalhadores, exercem suas atividades diárias com segurança e pautados nas melhores evidências científicas.

Entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), a função de gestão/gerenciamento local é estratégica para a garantia do cuidado em saúde efetivo e resolutivo nos territórios. Os gestores assumem a responsabilidade de organização dos serviços e coordenação do trabalho das equipes de saúde em atividades preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), entre elas: acesso, acolhimento, classificação de risco, resolutividade, territorialização, adscrição de clientela e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>3,4</sup>.

Para a operacionalização desses pressupostos com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), esses profissionais apresentam um conjunto de atribuições gerenciais, das quais se destacam: liderança de equipes/gestão de pessoas; administração de materiais e insumos; planejamento, monitoramento e avaliação de ações; organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); alimentação dos sistemas de informação; regulação e organização dos fluxos na RAS; ações intersetoriais e linhas de cuidado; e desenvolvimento de ações de EPS<sup>3,5</sup>.

O exercício dessa função é complexo<sup>6</sup>, e, para tanto, requisita inúmeras competências, relacionadas com as dimensões técnicas, administrativas, políticas, sociais, comunicacionais, cognitivas e interpessoais. Ainda, exige habilidades que perpassam a capacidade analítica e

de julgamento, negociação, tomada de decisão, liderança, gestão de conflitos e enfrentamento de riscos<sup>7-10</sup>. Desenvolver e aprimorar essas competências se torna fundamental para que o trabalho na gestão não se restrinja a uma atuação centralizadora e burocrática.

A literatura aponta uma insuficiência de processos formativos prévios para a atuação na gestão da APS<sup>11</sup>. Rocha e Munari<sup>12</sup> atentam para o fato de que a ausência de certas habilidades pelo gestor poderá comprometer o andamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde. Esse fato é corroborado no trabalho de Fernandes et al.<sup>10</sup>, no qual algumas gerentes descreveram que a falta de uma formação específica em gerenciamento dificultava a realização de suas atribuições. Assim, mostra-se fundamental o desenvolvimento de ações de EPS direcionadas a esse público.

A partir da recomendação de que todas as práticas educativas voltadas aos trabalhadores do SUS, sejam elas formais ou não formais, devem estar pautadas nos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>13</sup>, o grupo de pesquisadores da Escola de Governo Fiocruz (EGF) Brasília, ao receber uma demanda de um curso de especialização, aceitou o desafio de estruturar uma formação de longa duração a partir das diretrizes da EPS, com enfoque na articulação entre os saberes teóricos e as práticas cotidianas do trabalho dos gestores cursistas.

Assim, o objetivo do presente artigo é descrever a experiência da construção pedagógica do Curso de Especialização em Gestão da Estratégia Saúde da Família (Cegesf) enquanto papel inovador para uma APS de qualidade e resolutiva no Distrito Federal (DF).

## Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência que visa descrever o processo de construção pedagógica do Cegesf. O curso foi planejado entre 2019 e 2021 e ofertado entre março de 2022 e agosto de 2023, pela EGF Brasília, em parceria com

a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e a Universidade de Brasília (UnB), pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Qualis-APS).

O Cegesf apresentou como objetivo geral capacitar gerentes e trabalhadores da ESF para o desenvolvimento de competências necessárias à atuação qualificada na função de gestão, de forma a contribuir para a melhoria do processo de trabalho e a qualificação do cuidado no âmbito da APS do DF.

A experiência aqui apresentada advém de uma análise realizada a partir das seguintes etapas: 1) mapeamento de normativas educacionais e de saúde no contexto do governo do DF; 2) revisão da literatura; e 3) observação *in loco* das discussões realizadas em eventos da gestão da SES-DF. Tais etapas compuseram a primeira fase de elaboração do curso, denominada 'Diagnóstico das necessidades e demandas de formação dos trabalhadores da APS que são cursistas em potencial', e foram a base para a construção da modelagem curricular do Cegesf. Com essa análise, buscou-se conhecer as atribuições, o perfil e a realidade de trabalho dos gestores da APS/ESF, e, assim, identificar as competências e as temáticas a serem trabalhadas durante o curso de especialização, considerando a realidade de trabalho desses gestores nos territórios.

## Contextualização

O sistema de saúde público do DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES-DF, que estão distribuídos em sete Superintendências das Regiões de Saúde (SRS): Centro-Sul, Central, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul – estas subdivididas em 33 Regiões Administrativas (RA). As unidades de saúde da APS, chamadas de UBS, estão presentes em todas as Regiões de Saúde do DF com diferentes níveis de cobertura.

A APS do DF é regida pela Portaria nº 77, de 6 de abril de 2017<sup>5</sup>, que posteriormente foi

transformada na Lei nº 6.133, tornando-se, assim, política de estado no DF<sup>14</sup>. O DF apresenta 636 equipes de Saúde da Família (eSF), 323 equipes de Saúde Bucal (eSB), 7 equipes de Consultório na Rua (eCR), 23 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e 176 UBS<sup>15</sup>.

A gestão da APS organiza-se em três níveis: Central (Coordenação da Atenção Primária à Saúde – Coaps/Administração Central – ADMC); Regional (Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde – Diraps), subordinada às SRS e composta por diversas gerências temáticas; e a Gerência de Serviços de Atenção Primária à Saúde (GSAP), representando o nível local de gestão da APS, a qual é composta pelos gerentes, supervisores e técnicos-administrativos, responsáveis pela gerência das UBS.

O curso foi destinado aos gestores da APS atuantes na SES-DF, nos níveis locais, regionais e da administração central. A organização das turmas regionalizadas privilegiou a articulação entre os três níveis de gestão da APS, objetivando maior integração entre esses atores para a proposição de soluções compartilhadas e o fortalecimento do trabalho em rede nos territórios.

## Resultados e discussão

### Mapeamento de normativas educacionais e de saúde: quais as competências e características da função de gestão da APS?

Após receber a demanda, o primeiro passo da gestão do curso foi organizar um grupo de trabalho que incluiu a equipe pedagógica, os gestores demandantes da SES-DF e os representantes das metas do Programa Qualis-APS. Esses encontros apresentaram como objetivo a coleta de informações-chave para a construção do curso, a fim de compreender a organização e estrutura de gestão da APS, identificar as necessidades e as expectativas

dos demandantes quanto à proposta e aspectos a serem qualificados nos serviços por meio da formação, bem como conhecer o perfil do público-alvo.

A seguir, buscaram-se, nas normativas vigentes, informações sobre as atribuições direcionadas à função de gerência da APS. As principais normativas consultadas foram a PNAB<sup>3</sup> e a Política Distrital de APS do DF<sup>5</sup>. Vale salientar que, no DF, a função de gerência da APS é normatizada e de atuação exclusiva, o que corresponde às diretrizes preconizadas pela PNAB. Esse aspecto é um ponto positivo para ações direcionadas a esse público, pois a realidade nacional ainda é predominante de profissionais que assumem a dupla função de assistência e gerência da UBS, como citado no estudo de Metelski et al.<sup>6</sup>.

## Revisão da literatura

A partir das atribuições constantes nas normativas, realizou-se uma revisão da literatura científica sobre as principais competências que um gestor da APS deveria apresentar. As competências identificadas revelaram vários aspectos inerentes à função, trazendo à tona a complexidade que permeia seu exercício, principalmente no que concerne aos aspectos relacionais e subjetivos de personalidade, vivências e valores de cada gestor. Destacam-se como competências estratégicas para o exercício qualificado da função: a liderança, o trabalho em equipe, a negociação, a gestão de conflitos e a comunicação efetiva.

A análise demonstrou ainda uma crescente valorização da função de gestão da APS no Brasil. No entanto, foram poucos os achados na literatura que descrevessem com maior profundidade sobre as atribuições e as responsabilidades dos gestores na prática cotidiana dos serviços em seus diversos níveis de atuação. Dialogou-se sobre essas questões nos encontros com a equipe gestora da SES-DF, que formalizou um grupo de trabalho para a construção de um guia prático direcionado aos gerentes da APS, denominado ‘Manual

do Gerenciamento Local da Atenção Primária à saúde do DF’<sup>16</sup>. Posteriormente, utilizou-se esse documento como referência para a construção dos conteúdos específicos do curso.

Outra análise realizada foi a de identificar dados, metas e indicadores atualizados da APS constantes nos relatórios oficiais de gestão da SES-DF. Essas informações foram acessadas por meio do Plano Distrital de Saúde 2020-2023<sup>17</sup>, Plano Estratégico da APS 2019-2060<sup>18</sup> e dados da APS coletados diretamente com os gestores centrais, como: número de eSF e eSB; quantitativo de UBS e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); cobertura da ESF; e quantitativo de trabalhadores da gestão da APS em cada região de saúde.

## Observação *in loco* das discussões realizadas em eventos da gestão da SES-DF

Munidos dessas informações, a equipe pedagógica, a convite da gestão da SES-DF, participou de algumas atividades com gestores da APS, a saber: II e III Fórum dos Gerentes da APS, realizado nos anos de 2019 e 2020 respectivamente; oficina de discussão com gestores regionais, realizada em 2019; e oficinas sobre a Qualidade da APS, realizadas entre janeiro e fevereiro de 2020 pelo Programa Qualis-APS, sob a coordenação dos pesquisadores da UnB.

Nesses eventos, por meio da observação das atividades, a equipe buscou compreender melhor as necessidades/questões do trabalho desses gestores, pautados na realidade de cada território/região de saúde, para que, assim, fosse possível identificar as principais temáticas a serem trabalhadas durante o curso de especialização. A sistematização das informações foi realizada visando contemplar os seguintes pontos: 1) potencialidades e desafios do trabalho gerencial; 2) características para uma APS de qualidade; e 3) temas importantes a serem abordados em atividades de EPS para gestores da APS.

A identificação dos problemas e das questões do trabalho que circundam a função de



gestão da APS mostrou-se estratégica para que o conteúdo do curso fosse construído a partir das demandas e necessidades desses profissionais. Esse aspecto, característico da EPS, buscou colaborar com a adesão e o comprometimento do educando às atividades educativas propostas no curso, assim como articular a utilização desses saberes com as práticas cotidianas do trabalho. O desafio pedagógico nesse ponto foi incorporar essas informações na construção curricular do curso, tendo em vista a complexidade de cada tema e as necessidades de maior ou menor aprofundamento em cada questão levantada.

Ao colaborar para esse processo, a coordenação do curso coletou, na SES-DF, algumas informações sobre o perfil dos gerentes locais, o que contribuiu para a análise sobre o perfil dos futuros estudantes. A partir do conjunto dessas informações, foi possível a identificação de algumas particularidades dessa função, como: a predominância de gerentes do sexo feminino e da área de enfermagem; a alta rotatividade no cargo, porém com momentos de saída para a assistência e posterior retorno para a gerência; a coordenação, pelo mesmo gerente, de várias equipes, e, em alguns casos, em mais de mais de uma UBS; o número significativo de gerentes com atuação prévia na APS e com especialização em atenção primária/saúde da família.

Por fim, o processo de avaliação da qualidade da APS do DF pelo Programa Qualis-APS, contendo os critérios de qualidade estabelecidos para a gestão, também contribuiu para a definição das competências a serem desenvolvidas no curso Cegesf. Os instrumentos de avaliação utilizados foram construídos pelos pesquisadores da UnB e pelos gestores da SES-DF a partir de atividades de escuta e diálogo com trabalhadores, gestores, usuários, representantes da sociedade civil organizada e de categorias profissionais, aliados às diretrizes e normativas distritais e nacionais, literatura científica, indicadores e atributos da APS.

A análise final da etapa de diagnóstico das necessidades de formação incorporou o

conteúdo advindo das normativas, da literatura científica, dos eventos, dos dados do território e do perfil do público-alvo. Para facilitar o mapeamento dos tópicos a serem incorporados na formação, as sínteses analíticas foram redigidas por eixos temáticos, a saber: trabalho dos gestores da APS; liderança, gestão de pessoas e do trabalho em equipe; gerenciamento da infraestrutura, materiais, medicamentos e insumos; gestão estratégica e participativa; intersetorialidade e trabalho em rede; acesso, acolhimento e organização da agenda; território, territorialização e cadastramento; planejamento, monitoramento e avaliação; vigilância e gestão da informação; comunicação em saúde; e educação e saúde.

A partir da análise realizada, elaborou-se uma matriz-síntese com os conteúdos a serem trabalhados no Cegesf. Nesse processo, emergiram diversas temáticas a serem abordadas no processo formativo. Por se tratar de um curso formal, foi necessário classificar os conteúdos de acordo com as prioridades dos gestores e o aprofundamento teórico/prático necessário para cada tema, de forma a garantir um material educacional de qualidade, dentro do período estipulado para o curso (18 meses). Assim, cada eixo temático resultou em uma Unidade de Aprendizagem (UA), e temas correlatos foram trabalhados em minicursos autoinstrucionais e oficinas temáticas.

Por fim, definiram-se os objetivos gerais e específicos do curso, assim como o perfil do egresso e as contribuições esperadas ao SUS com o processo formativo. Além disso, determinaram-se as competências a serem trabalhadas em cada UA.

## **Construção da modelagem curricular do curso**

A construção da modelagem curricular do curso ancorou-se teoricamente nos pressupostos da EPS; da Educação a Distância (EaD); na abordagem ergológica em seu eixo educativo, denominado ergoformação; e na literatura científica acerca de atribuições, desafios e

competências requeridas para a função de gestão da APS, discutidos na etapa anterior.

A EPS é o eixo orientador das práticas educativas adotadas pelo SUS. Ela está relacionada intrinsecamente com o trabalho, gerando a força de transformar suas práticas a partir da problematização do agir do trabalhador<sup>13</sup>. Assim, os seguintes pressupostos da EPS foram considerados para a construção do Cegesf: temáticas selecionadas a partir dos problemas enfrentados na realidade; uso de metodologias ativas; valorização e trocas de conhecimentos e experiências entre os trabalhadores; enfoque para a transformação das práticas e organização do trabalho; e uso de tecnologias digitais interativas e colaborativas nos processos ensino-aprendizagem.

A proposta da ergoformação vai ao encontro dessas questões. Esse referencial advém da ergologia, uma abordagem teórico-metodológica, de conhecimentos e saberes pluridisciplinares advindos de diversas áreas do conhecimento e das experiências de trabalho, que objetiva conhecer e intervir sobre as situações reais de trabalho, ou como é denominado ‘atividade de trabalho’, para transformá-las<sup>19</sup>. Em sua reflexão aplicada à educação, cada um dos atores traz uma parte dos conhecimentos e experiências necessários para a solução de um problema (o objeto da formação), ligada a uma preocupação sentida no mundo do trabalho. Outra singularidade dessa proposta consiste em o formador organizar a formação a partir do contexto, da realidade do local de trabalho e dos objetivos estabelecidos, o que convoca o formador a adaptar a sua teoria à realidade de trabalho, e não o contrário<sup>19,20</sup>. No Cegesf, essas reflexões direcionaram a proposição das etapas metodológicas de diagnóstico do curso, além de contribuir para o desenho pedagógico no que concerne à articulação entre os saberes acadêmicos e os saberes da experiência

profissional.

As tecnologias digitais e EaD foram utilizadas de forma a contribuir para um desenho pedagógico participativo e colaborativo. Para tal, investigaram-se plataformas e ferramentas digitais inovadoras que permitissem a interação e o compartilhamento de experiências no ambiente on-line. Para Silva et al.<sup>21</sup> que estudaram o uso da EaD na EPS, a aplicação dessas novas tecnologias possibilita a ampliação do saber profissional, facilitando a aprendizagem dentro e/ou fora da instituição de saúde.

### **Organização da modelagem curricular do curso**

Em diálogo com os gestores demandantes, optou-se por desenvolver o curso na modalidade híbrida, de forma a combinar atividades EaD e encontros presenciais ou síncronos. Ademais, os demandantes recomendaram que a metodologia contemplasse atividades de fomento ao intercâmbio de experiências entre os trabalhadores e que o conteúdo a ser ministrado estivesse contextualizado com as necessidades dos trabalhadores em uma abordagem regionalizada.

A proposta contemplou dois eixos formativos: o eixo estruturante, obrigatório a todos os cursistas, correspondente a 80% da carga horária do curso (300 horas); e o eixo optativo, composto de uma agenda de ofertas educativas de curta duração, de livre escolha pelos cursistas, correspondente a 20% da carga horária do curso (cumprimento mínimo de 60 horas). O eixo estruturante abarcou, além de um módulo de acolhimento, 3 módulos temáticos, estes constituídos por 12 UA, e a entrega do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), referente à síntese crítica e reflexiva das ações de intervenção elaboradas nas UA.

Figura 1. Estrutura curricular do curso



Fonte: elaboração própria.

O eixo optativo teve como premissa enriquecer o processo ensino-aprendizagem, possibilitando, ao longo do curso, a inclusão de discussões estratégicas para a gestão da APS. Esse eixo contemplou a oferta de 11 oficinas

temáticas de 4 horas cada, 7 minicursos autoinstrucionais de 10 horas cada, além de um curso autoinstrucional introdutório para gestores da APS de 30 horas (*quadro 1*).

Quadro 1. Atividades educacionais ofertadas no Cegesf

Atividade Educacional	Objetivo	Metodologia Utilizada	Oferta no curso
Unidades de Aprendizagem	Discutir as competências estruturantes para a função de gestão da APS	Estudos teóricos no AVA; aula expositiva dialogada; rodas de diálogo e trocas de experiências; construção da ação de intervenção no trabalho com registro no e-portfólio.	Ofertadas no eixo estruturante, na modalidade híbrida, sendo 12 horas EaD e 8 horas presenciais, totalizando 20 horas cada.
Oficinas temáticas	Discutir assuntos estratégicos para a gestão da APS/DF	Utilização de metodologias dialógicas e participativas, com ênfase na aplicação prática do tema abordado.	Ofertadas no eixo optativo, de forma presencial ou virtual via plataforma Zoom, com carga horária de 4 horas cada.

Quadro 1. Atividades educacionais ofertadas no Cegesf

Atividade Educacional	Objetivo	Metodologia Utilizada	Oferta no curso
Minicursos Autoinstrucionais	Aprofundar temas específicos, derivados das Unidades de Aprendizagem	Atividade EaD autoinstrucional com conteúdos elaborados a partir da realidade do Distrito Federal.	Ofertados no eixo optativo, no AVA do curso, com carga horária de 10 horas cada (minicursos temáticos) e 30 horas (curso introdutório para gestão).

Fonte: elaboração própria.

Foram ofertadas 160 vagas aos trabalhadores atuantes na gestão da APS da SES-DF com requisito mínimo de apresentar nível superior completo. Como forma de preservar o trabalho da gestão nas regiões, não as deixando desassistidas, a turma de 160 alunos foi dividida em duas turmas de 80 alunos, dispostas em turnos diferentes, em uma conformação de 8 grupos regionalizados com 10 alunos cada. Cada grupo regionalizado foi acompanhado por um(a) professor(a) orientador(a)-tutor(a) de aprendizagem, e o conjunto desses profissionais por turno foi acompanhado por uma supervisora de tutoria. Os alunos receberam a dispensa do trabalho em um turno na semana para a realização das atividades do curso.

### Proposição da metodologia de ensino-aprendizagem

O Cegesf contemplou variadas estratégias pedagógicas, com vistas a proporcionar uma experiência repleta de estímulos para a aprendizagem, com ênfase na comunicação, no diálogo, na colaboração e nas trocas de experiências articulada às situações profissionais.

Para cada atividade proposta, uma metodologia foi desenhada, de forma a propiciar o cumprimento dos objetivos educacionais. Essas estratégias, aliadas à utilização de tecnologias educacionais, objetivaram motivar e engajar os trabalhadores educandos para a superação dos desafios presentes no dia a dia do trabalho.

A metodologia proposta para o eixo estruturante, por meio das UA, foi inspirada na metodologia da problematização<sup>22</sup>, a qual, representada pela tríade ação-reflexão-ação, estimula a reflexão crítica e a construção de soluções para os problemas e as necessidades do trabalho. Esse processo foi realizado, ao longo do curso, por meio da oferta de conteúdo teórico que, articulado ao desenvolvimento de ações de intervenção no trabalho, possibilitou a proposição de soluções práticas e pautadas na literatura científica atualizada. Esse desenho objetivou incorporar os pressupostos da EPS e da ergoformação, principalmente no fomento ao diálogo entre os saberes conceituais e os saberes da experiência. Cada UA teve a duração de um mês e contemplou diversas atividades distribuídas em cinco etapas, conforme descrito no *quadro 2*.

Quadro 2. Etapas pedagógicas das Unidades de Aprendizagem

Etapa	Atividades
Etapa 1 (EaD/AVA) Conhecer	Oferta do conteúdo teórico do curso, apresentado no formato de objetos virtuais de aprendizagem e caderno temático. Utilização do fórum para os debates iniciais sobre as questões do território relacionadas com a temática, com a mediação dos orientadores-tutores de aprendizagem.
Etapa 2 (EaD/síncrono) Problematizar	Encontro síncrono via plataforma Zoom, contemplando uma aula de 2 horas com o docente especialista na temática, seguida de diálogos com os orientadores-tutores nos grupos regionalizados. Debate coletivo sobre os principais problemas relacionados com a temática em cada UBS/Região, possibilitando a reflexão crítica coletiva sobre as potencialidades e os desafios colocados para a temática em estudo, relacionando-as com a realidade de trabalho cotidiano dos gestores cursistas.
Etapa 3 (Território) Intervir	A partir do debate em coletivo realizado na etapa anterior, os gestores foram instigados a olhar criticamente para seu território. A partir dessa análise de contexto, ele(a) identificaria uma situação problema para propor uma ação de intervenção em seu serviço, em diálogo com a literatura científica.
Etapa 4 (Presencial) Compartilhar	Compartilhamento das estratégias de intervenção propostas pelos gestores, em diálogo com os orientadores-tutores de aprendizagem. Buscou-se incorporar sugestões, ideias e experiências de outros colegas, com vistas a estimular a troca de experiências, ressignificação de práticas e construção de novos saberes de forma colaborativa.
Etapa 5 (EaD/AVA) Avaliar	Conclusão da avaliação somativa pelo aluno no AVA, e avaliação/feedback do e-portfólio pelo orientador-tutor. As ações de intervenção propostas pelo gestor(a) foram acompanhadas no decorrer do curso, com os registros no e-portfólio.

Fonte: elaboração própria.

A construção das intervenções no trabalho foi conduzida pelos(as) orientadores(as)-tutores(as) de aprendizagem e discutida em cada grupo regionalizado durante os encontros presenciais, fomentando assim o intercâmbio de experiências entre os gestores e o estímulo a soluções compartilhadas no território. Para o registro das ações de intervenção desenvolvidas, utilizou-se uma ferramenta on-line denominada e-portfólio, desenvolvida pelo Google Sites com customização exclusiva para o curso.

O e-portfólio foi a atividade estruturante de avaliação e acompanhamento do processo de aprendizagem dos alunos Cegesf, o qual possibilitou ao aluno compartilhar sua biografia, intervenções, experiências, materiais, fotos, áudios e vídeos. O preenchimento do e-portfólio pelo aluno foi contínuo durante todo o curso, e a análise de seu conteúdo

foi realizada pelos(as) orientadores(as)-tutores(as) de aprendizagem, mediante um roteiro de avaliação predefinido pela equipe pedagógica. Todos os e-portfólios foram organizados em uma ferramenta on-line chamada Padlet, com acesso pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do curso.

O processo de aprendizagem do aluno foi acompanhado de forma processual pelos(as) supervisores(as) e orientadores(as)-tutores(as) de aprendizagem, de forma a realizar análises e *feedbacks* a cada UA. Para tanto, foram desenvolvidos alguns instrumentos de avaliação educacional, estes aplicados no decorrer do curso. Destaca-se, dentre esses instrumentos, o questionário de avaliação de competências gerenciais para ações educacionais, construído pela equipe pedagógica e validado por uma junta de especialistas na temática.

Quadro 3. Etapas de avaliação educacional do Cegesf

Avaliação	Instrumento	Momento
Perfil dos cursistas	Questionário on-line disponível no AVA	Início do curso
Instrumento de competências	Questionário on-line disponível no AVA	Início e ao final do curso
Avaliação do conteúdo teórico	Questões de múltipla escolha no AVA	Ao final de cada UA
Mediação de tutores	Questionário on-line disponível no AVA	Ao final de cada UA
E-portfolio	Página on-line customizada para o curso	Ao final de cada UA
Permanência	Questionário on-line disponível no AVA	No segundo módulo
Satisfação	Questionário on-line disponível no AVA	Ao final do curso

Fonte: elaboração própria.

## Construção do material didático do curso

O material didático do curso foi elaborado por conteudistas especialistas, docentes com *expertise* na temática e com titulação mínima de mestrado. Para cada temática, realizou-se uma oficina pedagógica com a presença das *designers* instrucionais, conteudistas especialistas, equipe pedagógica e gestores da APS do DF de referência da temática a ser discutida. Nessas oficinas, realizadas no ano de 2021, foram apresentadas a proposta pedagógica do curso, as questões sobre cada tema, assim como as diretrizes para a elaboração do conteúdo educacional. Ao final de cada oficina, os objetivos de aprendizagem eram redigidos e validados com a equipe pedagógica do curso.

A referência para a escrita do conteúdo foram as informações obtidas no diagnóstico de necessidades de formação e as competências a serem desenvolvidas no curso. Além disso, a diretriz pedagógica escolhida foram as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Assim, sugeriu-se a construção de estudos de caso, situações-problema e exemplos contextualizados com a realidade do DF, a partir de uma linguagem leve e dialógica. Durante a escrita, foram realizados encontros individuais com cada conteudista,

para alinhamento do conteúdo e demais diálogos com a equipe técnica da SES-DF. Ao final, cada conteudista realizou a entrega de três tópicos de aprendizagem e nove questões de múltipla escolha sobre o conteúdo trabalhado.

Após a análise e a validação do conteúdo teórico pela equipe pedagógica, a equipe de *designers* instrucionais e de produção do Núcleo de Educação a Distância da Escola de Governo Fiocruz Brasília (Nead) elaborou o protótipo do conteúdo em EaD, contendo diversos recursos educacionais, como infográficos, vídeos, *podcasts*, linha do tempo e atividades interativas. Por fim, a validação final foi realizada pelos gestores da SES-DF, e a versão final foi inserida no AVA do curso, como atividade de estudo teórico. O material também foi acompanhado de um caderno em PDF com o conteúdo teórico na íntegra elaborado pelo conteudista.

Vale salientar que a produção EaD para cada temática foi elaborada seguindo a metodologia autoinstrucional, ou seja, sem a necessidade de mediação dos tutores para a realização das atividades de estudo teórico. A intenção de seguir essa metodologia foi a de ofertar, após o término do curso, o conteúdo de cada temática no formato de minicursos na modalidade EaD autoinstrucional, fomentando

assim a continuidade das ações de EPS pelos profissionais da SES-DF.

Além disso, foram elaborados os materiais de referência para o curso: o Plano Didático-Pedagógico; o Guia do Estudante; o Guia do Orientador-tutor de aprendizagem; e o Guia de elaboração e acompanhamento do e-portfolio Cegesf. Todos os materiais foram disponibilizados ao seu respectivo público-alvo no AVA do curso no módulo de acolhimento.

### Ambiente Virtual de Aprendizagem do curso

Para comportar todas as ações educativas desenhadas para o Cegesf, elaborou-se um

AVA estruturado em um sistema de trilhas de aprendizagem. O sistema de trilhas teve como objetivo agrupar e organizar cursos, módulos e outras atividades, sendo elas realizadas virtualmente ou não, para permitir aos alunos o acompanhamento mais detalhado e claro do seu percurso formativo. Por meio desse sistema, foi possível registrar as atividades realizadas pelo educando relacionadas com o eixo estruturante, assim como as atividades optativas escolhidas por ele ao longo do curso. As horas realizadas em cada atividade foram computadas no próprio sistema e visualizadas pelo estudante por meio de uma barra de progressão.

Figura 2. Página inicial do AVA do curso



Fonte: Núcleo de Educação à Distância, Escola de Governo Fiocruz Brasília<sup>23</sup>.

Cada UA do curso foi estruturada dentro do AVA, contendo: item apresentação, com as orientações gerais e a apostila em PDF; conteúdo teórico da unidade, disposto em diversos objetos de aprendizagem; fórum de discussão, dividido

nas turmas regionalizadas; espaço de discussão sobre a construção das ações de intervenção; descrição dos encontros síncronos/presenciais; e avaliação somativa, contendo três questões de múltipla escolha de cada conteúdo temático.



Disponibilizou-se um módulo por vez, conforme a programação do curso. Os minicursos autoinstrucionais foram oportunizados no AVA de forma escalonada (cerca de três minicursos por módulo) e ficaram disponíveis no AVA até o término do curso. Já as oficinas temáticas foram realizadas nas modalidades presencial, na Fiocruz, ou síncrona, via plataforma Zoom, e o registro de sua carga horária foi realizado no sistema de trilhas do curso.

## Considerações finais

Os dados sistematizados no processo de planejamento pedagógico possibilitaram a proposição de temas e competências a serem desenvolvidas no curso de forma contextualizada e realista à atuação e às necessidades desses trabalhadores. Destaca-se que a modelagem curricular estruturada foi em formato de trilhas de aprendizagem, na modalidade híbrida, que proporcionou uma construção do conhecimento pautada nas experiências e necessidades do aluno, com momentos de trocas presenciais e coletivas. Além disso, utilizou-se o e-Portfolio como um instrumento de registro e avaliação do processo de aprendizagem. A partir disso, e alinhadas com as atividades das demais metas do Programa Qualis-APS, foi possível promover uma formação personalizada centrada nos principais desafios e impasses enfrentados pelos gestores, com o intuito central de avançar na qualidade do cuidado prestado à população.

O uso de estratégias educativas que propiciem o desenvolvimento das competências por meio de ações de EPS mostra-se fundamental para alcançar mudanças, gerar satisfação e promover o cuidado humanizado à população. Assim, recomenda-se o fortalecimento de dispositivos pedagógicos que estimulem

a comunicação, o diálogo, a colaboração, as trocas de experiências e a articulação entre a teoria e as situações reais de trabalho, de forma a motivar e engajar esses profissionais para a superação dos desafios, tomada de decisões e inovação nos processos de gestão.

O curso desenvolveu-se nos anos de 2022 e 2023 e, a partir de algumas avaliações formativas realizadas no processo, passou por reformulações e ajustes de rota, o que é frequente em processos educativos de maneira geral. Assim, estudos futuros que avaliem e descrevam a experiência vivenciada dessa especialização, relatando seus acertos, erros e desafios, serão fundamentais para a construção do conhecimento de modelagens de cursos ancorados na EPS.

## Agradecimentos

Agradecemos à bolsista do Programa Qualis-APS, Patrícia Barbará Dias, pelo apoio na revisão das normas técnicas do artigo.

## Colaboradores

Lemos ASP (0000-0002-2483-4347)\*, Dutra EB (0000-0002-7232-1925)\* e Petersen RS (0000-0001-6212-2327)\* contribuíram para a concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Cavaca AG (0000-0001-7314-584X)\* e Gasque KCS (0000-0003-2015-2717)\* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)\* e Silveira M (0000-0001-8307-6083)\* contribuíram para a revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Lowen IMV, Peres AM, Crozela K, et al. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):967-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600013>
2. Rosseti LT, Seixas CT, Castro EAB, et al. Educação Permanente e gestão em saúde: a concepção de enfermeiros. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(1):129-34. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019v11i1.129-134>
3. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF*. 2017 set 22; Edição 183; Seção I:68.
4. Silveira NC, Ribeiro MA, Albuquerque IM, et al. Gerenciamento da Atenção Básica no Brasil: uma análise a partir da percepção de especialistas. *Enferm Foco*. 2021;12(6):1091-7. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4571>
5. Distrito Federal (BR). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2017; Edição 33; Seção I:4.
6. Metelski FK, Silva CB, Vendruscolo C, et al. Enfermeiro gerente de unidade na atenção primária: o desafio de ser polivalente. *Enferm Foco*. 2022;13:e-202235. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202235>.
7. Fernandes JC, Cordeiro BC, Rezende AC, et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. *Saúde debate*. 2019;43(esp6):22-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602>
8. Fernandes JC, Cordeiro BC. Gerência de Unidade Básica de Saúde: discutindo competências gerenciais com o enfermeiro gerente. *Rev APS*. 2019;22(4):833-48. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16479>
9. Silva YC, Roquete FF. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *Rev adm saúde*. 2013;15(58):2-12.
10. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc saúde coletiva (Impr.)*. 2009;14(supl1):1541-52.
11. Peiter CC, Caminha MEP, Oliveira WF. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. *Espaç saúde*. 2017;18(1):165-73. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2017v18n1p165>
12. Rocha BS, Munari DB. Avaliação da competência interpessoal de enfermeiros coordenadores de equipe na Saúde da Família. *Rev enferm atenção saúde*. 2013;2(3):53-66.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 13 Fev 2004; Edição 141; Seção I:37-41.
14. Secretaria de Estado da Saúde (DF). Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 6 Abr 2004; Edição 67; Seção I:I
15. InfoSaúde-DF [Internet]. Brasília, DF: SES/DF; [data desconhecida] [acesso em 2024 ago 1]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/signa-aps/>

16. Secretaria de Estado da Saúde (DF). Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: manual GSAP. Brasília, DF: Fiocruz; 2021.
17. Secretaria de Estado da Saúde (DF). Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília, DF; SES-DF; 2019.
18. Secretaria de Estado de Economia (DF). Plano Estratégico Distrito Federal 2019-2060. Brasília, DF: SEE-DF; 2019.
19. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Ed. UFF; 2007.
20. Trinquet P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Rev HISTEDBR*. 2012;10(38e):93-113.
21. Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(4):1099-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.17832013>
22. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. São Paulo: Editora UNESP; 2015. Capítulo II, A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. p. 45-52.
23. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Escola de Governo Fiocruz Brasília. Núcleo de Educação à Distância [Internet]. [Brasília, DF]: Fiocruz; [data desconhecida] [acesso em 2024 ago]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.com.br/efg/ead/>

---

Recebido em 28/09/2023

Aprovado em 06/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa Qualis-APS, Secretaria de Saúde do Distrito Federal

**Editora responsável:** Magda Duarte dos Anjos Scherer

## Experiência formativa com uso do portfólio eletrônico como metodologia de ensino-aprendizagem

*Formative experience using the electronic portfolio as a teaching-learning methodology*

Taís Gabriele Alves da Silva<sup>1</sup>, Isabella Silva de Almeida<sup>2</sup>, Denise Lins de Sousa<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28762P

**RESUMO** O Programa de Qualificação em Atenção Primária tem como objetivo fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, desenvolvendo ações de saúde proativas a partir da perspectiva de trabalhadores, gestores e representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde. Em 2022, foi iniciado o Curso de Especialização em Gestão da Saúde da Família, em que se utilizou o portfólio eletrônico (e-Portfólio) como uma metodologia proativa, reflexiva e dialógica. Dentro de cada módulo, foram propostas intervenções para lidar com desafios cotidianos. A construção do e-Portfólio resultou em seis intervenções enfocadas na gestão da Estratégia Saúde da Família e alinhadas à qualificação do atendimento aos usuários. O uso desse recurso tecnológico gerou resultados positivos não apenas para a gestão, mas também para os funcionários, usuários e a comunidade. Além disso, facilitou o processo de *feedback* na jornada formativa, com a possibilidade de construção compartilhada, em que o professor-tutor acompanha a escrita, as reflexões, engaja-se com conteúdo teórico de apoio, aprimorando o processo de aprendizado e as mudanças nas práticas diárias.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde. Tecnologia biomédica. Tecnologia educacional.

**ABSTRACT** *The Primary Care Qualification Program aims to strengthen Primary Health Care in the Federal District by developing proactive health actions from the perspective of workers, managers and representatives of users of the Unified Health System. In 2022, the Specialization Course in Family Health Management began, using the electronic portfolio (e-Portfolio) as a proactive, reflective and dialogical methodology. Within each module, interventions were proposed to deal with everyday challenges. The construction of the e-Portfolio resulted in six interventions focused on the management of the Family Health Strategy and aligned with the qualification of user care. The use of this technological resource generated positive results not only for management, but also for staff, users and the community. In addition, it facilitated the feedback process in the training journey, with the possibility of shared construction, in which the teacher-tutor accompanies the writing, the reflections, engages with supporting theoretical content, enhancing the learning process and changes in daily practices.*

**KEYWORDS** *Health management. Biomedical technology. Educational technology.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.  
tais.unb@gmail.com

<sup>2</sup>Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Ministério da Saúde (MS), Coordenadoria-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde (CGFPS) – Brasília, DF, Brasil.



## Introdução

Atualmente, no campo da educação e formação profissional, nota-se a busca por metodologias e tecnologias de ensino e aprendizagem que acompanhem o crescente desenvolvimento tecnológico e a mudança no modo com que aprendemos, promovendo, portanto, uma aprendizagem contextualizada e que motive o aluno à construção do seu processo de aprendizagem<sup>1</sup>. As inovações no processo ensino-aprendizagem, potencializadas principalmente após o contexto pandêmico vivenciado em decorrência da covid-19, trazem muitas contribuições e críticas a respeito da qualidade e da eficácia dos processos pedagógicos, do ensino a distância e da vulnerabilidade do sistema tradicional de ensino.

As metodologias ativas têm enfoque na aprendizagem do aluno, envolvendo-o, motivando-o e dialogando com ele, ou seja, o conhecimento é construído de forma simultânea, associando teoria e prática crítica a partir de desafios e problemas reais e atuais. Dentre os métodos e as ferramentas, destacamos aqui o portfólio reflexivo por potencializar o processo de aprendizado, o qual permite uma análise crítica-reflexiva que se fundamenta a partir de uma concepção construtivista de aprendizagem, enfatizando o papel ativo do aluno na construção do seu conhecimento<sup>2,3</sup>.

O portfólio reflexivo, portanto, promove ao aluno o desenvolvimento de habilidades de autoavaliação, autocorreção, estímulo à criatividade, desenvolvimento de responsabilidade, sendo um facilitador aliado à cultura de ensino, também na área da saúde<sup>4</sup>, à medida que permite ao aluno documentar e acompanhar a aprendizagem, desenvolver uma imagem coerente da experiência e melhorar a autocompreensão<sup>3</sup>. Nesse contexto, há diversos formatos de portfólios, como individual e coletivo, textual ou imagético, bem como eletrônico (também denominado e-Portfólio ou portfólio digital).

No âmbito do desenvolvimento de Tecnologias Educacionais em Saúde (TES) – conjunto de conhecimentos e recursos que permitem planejar, acompanhar, executar, facilitar e subsidiar o processo de aprendizagem<sup>5</sup> – e da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), parte integrante da Política Nacional de Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), identifica-se o compromisso político e ético ante a produção e a apropriação tecnológica que contribuem para reduzir as desigualdades sociais em saúde, assegurando os princípios fundamentais do SUS<sup>6</sup>. Dessa forma, o e-Portfólio apresenta-se como uma potente ferramenta que permite a interação entre ensino e extensão, conforme preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>7</sup>.

Nesse sentido, justifica-se o presente relato de experiência, cujo objetivo é descrever e discutir a experiência do uso do e-Portfólio como recurso de tecnologia educacional em saúde sendo parte do processo ensino-aprendizado, viabilizado dentro do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Família (Cegesf). Trata-se de proposta formativa integrante do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS), criado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) por meio da Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019, e reformulado pela Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023, que tem como objetivo fortalecer a APS no DF, desenvolvendo ações em saúde de forma ativa e do ponto de vista de trabalhadores, gestores e representantes dos usuários do SUS do DF mediante pactuação de metas<sup>8</sup>. Entre os objetivos desse programa, está o desenvolvimento de “produção científica sobre o programa e seus resultados, como também monitoramento e avaliação na APS do Distrito Federal”<sup>8</sup>, além de se operacionalizar as diretrizes no que se refere a “educação continuada, com oferta de ações educacionais inovadoras para os profissionais e gestores da APS, concernentes ao modelo da ESF”<sup>8</sup>.

## Metodologia

Em 2022, foi iniciado o Cegesf. Todos os gerentes e supervisores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das cinco regiões de saúde do DF foram convidados a se inscrever no curso, iniciado em abril de 2022 e finalizado em agosto de 2023, com duração de 1 ano e 4 meses. O curso foi organizado em uma carga horária de 300 horas de matérias obrigatórias e de 60 horas de optativas (minicursos, oficinas, seminários e eventos), desenhado na modalidade de Ensino a Distância (EaD), com encontros síncronos (ao vivo), atividades assíncronas (on-line sem horário específico) no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e com encontros presenciais.

Os gestores selecionados para participar do Cegesf foram divididos em comunidades de aprendizagem, com dez alunos e um tutor responsável em cada, de acordo com as regiões de saúde em que trabalhavam (oeste, norte, leste, sul etc.). Dessa forma, intencionava-se que a produção do conhecimento partisse de questões mais próximas daquele coletivo. A construção do e-Portfólio se deu de forma individualizada, entretanto, havia colaboração mútua entre os alunos, sendo possível partilhar

experiências que seriam aplicadas no âmbito individual de trabalho de cada gestor.

A maior parte da teoria foi ministrada pelo AVA, com problematização e desenvolvimento de intervenções nas aulas presenciais. Para construção do e-Portfólio, era necessário possuir uma conta do Gmail. A plataforma utilizada para a construção do e-Portfólio foi o Google Workspace – padlet por ser uma ferramenta intuitiva, de fácil acesso e visualização, além de ser gratuita. O *layout* inicial foi desenvolvido pelo setor de *design*/tecnologia da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília (Fiocruz Brasília), no entanto, na plataforma, havia a possibilidade de personalizar o e-Portfólio<sup>9</sup> de forma a atender às necessidades, à criatividade e habilidades técnicas de cada aluno do Cegesf.

O *layout* padrão do e-Portfólio continha os seguintes campos obrigatórios para livre criação: 1) Sobre mim – espaço em que cada aluno poderia colocar informações profissionais e pessoais; 2) Intervenção em Gestão – espaço específico para relato das ações de intervenção; 3) Experiências em Gestão – espaço no qual o aluno poderia inserir sua experiência na gestão; 4) Programa Qualis-APS – informações sobre o Programa; e 5) Biblioteca (*figura 1*).

Figura 1. Modelo de layout padrão do e-Portfólio do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Família da Fiocruz Brasília, 2022



Fonte: Manual do e-Portfólio Cegesf<sup>11</sup>.

Inicialmente, cada aluno tinha a tarefa de, em cada Unidade de Aprendizagem, propor uma intervenção, implementá-la e fazer uma análise crítico-reflexiva sobre a atividade desenvolvida no contexto da UBS de acordo com o referencial teórico em estudo. Assim, ao final do curso, haveria 12 experiências registradas.

Entretanto, na quarta intervenção, foram propostas algumas mudanças metodológicas,

reduzindo-se o número de intervenções de 12 para 6, ampliando o tempo de implementação e de análise crítico-reflexiva das ações implementadas. As intervenções foram descritas e compartilhadas nos e-Portfólios. Por ser de domínio público, os tutores conseguiram acessar a página por meio de um *link* e acompanhavam as informações que eram inseridas para prosseguirem com a avaliação (figura 2).

Figura 2. Repositório público de e-Portfólios do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Família da Fiocruz Brasília, 2022



Fonte: e-Portfólio<sup>9</sup>

Para desenvolvimento das ações, os alunos partiram de questões norteadoras constantes no manual do aluno do Cegesf, trazendo aspectos relacionados com local de intervenção, problemática de trabalho, objetivos e resultados esperados, referencial teórico utilizado, atores envolvidos e cronograma para a realização da intervenção<sup>10</sup>.

A construção do e-Portfólio foi contínua ao longo dos módulos no curso à medida que a teoria era ministrada, com o intuito de associá-la à prática. Para iniciar sua elaboração, o aluno deveria identificar um problema na sua UBS de atuação e, a partir do conteúdo teórico vivenciado, propor uma intervenção. O objetivo da intervenção estava diretamente relacionado com a proposição de melhorias para o serviço de saúde e a implementação

de tecnologias, bem como de procedimentos que visavam, consequentemente, repercutir na melhoria da satisfação do usuário e melhorar os processos de trabalho.

Para cada ação de intervenção incluída no e-Portfólio, além de responder às questões norteadoras de cada módulo teórico, era necessário realizar a atualização com os resultados obtidos. Para ilustrar as ações, poderiam ser adicionados recursos visuais, como imagens, vídeos, gráficos ou outros elementos. O e-Portfólio, por fim, poderia ser utilizado como um cartão de visita para o aluno mostrar seu progresso e crescimento profissional de forma clara, organizada e atraente.

A avaliação do e-Portfólio deveria seguir os seguintes critérios: engajamento e cumprimento dos prazos de elaboração; escrita



consistente, clara e objetiva, uso da literatura científica e dados do território; definição de objetivos e metas para a intervenção; originalidade, criatividade e inovação da proposta. Diante disso, em cada ação executada, o aluno deveria deixar claro em sua escrita se os objetivos foram alcançados, descrever as facilidades e as dificuldades de implementação, se houve adequações ao longo do processo, quais foram os efeitos da ação no processo de trabalho e se houve desdobramento para outras ações<sup>11</sup>. Ao final do curso, todo o conteúdo desenvolvido no e-Portfólio serviu como subsídio para

a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

### A experiência formativa com uso do e-portfólio

Foram realizadas seis intervenções no âmbito das questões cotidianas emergentes no contexto da gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em diálogo com a qualificação do cuidado aos usuários e à comunidade adscritos ao território da UBS (*quadro 1*).

Quadro 1. Resultado das ações de intervenções no território realizadas em uma UBS no Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Família da Fiocruz Brasília, 2022

Intervenções	
1	Orientação às equipes a respeito do lançamento correto das visitas domiciliares no sistema e-SUS AB: elaborado um recurso visual com o passo a passo do lançamento correto das visitas domiciliares.
2	Estruturação do atendimento ao tabagista na Unidade Básica de Saúde nº 11 (UBS 11) de Ceilândia: ampliação do acesso aos pacientes tabagistas que não havia na unidade.
3	Desenvolvendo ação de Educação Permanente em Saúde na UBS 11 de Ceilândia: instituído uma roda permanente de educação, intitulada Roda de Saberes, com apoio da Preceptoría do Programa de Residência de Medicina em Família e Comunidade.
4	Correção das inconsistências nos cadastros das Equipes de Estratégia Saúde da Família da UBS 11 de Ceilândia: realizado com intuito de aumentar o quantitativo de cadastros válidos na UBS.
5	Gestão das agendas das Equipes de Saúde Bucal da UBS 11 de Ceilândia: visou organizar e ampliar o acesso ao atendimento odontológico na unidade.
6	Fluxo de encaminhamento das Gestantes da UBS 11 de Ceilândia: realizado o levantamento e monitoramento das gestantes para o alto risco e risco intermediário.

Fonte: elaboração própria.

Entre os aspectos a serem ressaltados nesta experiência, ao compararmos a primeira intervenção com as últimas, estão a gradualidade no processo de aprendizagem e o melhor desenvolvimento na análise crítico-reflexiva das ações implementadas. Inicialmente, as propostas eram mais simples e menos estruturadas, até por um desconhecimento da metodologia de aprendizagem, da plataforma e da função do e-Portfólio. Posteriormente, compreendemos que, ao correlacionar as intervenções com os assuntos estudados nos módulos e ao utilizar

recursos visuais, imagens, notas técnicas, gráficos e tabelas, tínhamos ações mais robustas, propositivas e com maior margem de análise dos impactos delas no cotidiano da APS.

Quanto ao uso do e-Portfólio, observa-se que este esteve como potencial ferramenta de aprendizagem ao permitir uma reflexão crítica do que se estava construindo, ao mesmo tempo que, ao elaborar a intervenção, era possível analisá-la criticamente e acompanhar a sua evolução e o seu desenvolvimento. O e-Portfólio proporcionou, nesse processo de

aprendizagem, a oportunidade de refletir criticamente sobre a prática clínica, auxiliando no desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico e na integração teoria-prática.

Outro aspecto constatado foi a importância do e-Portfólio no aprendizado ativo ao permitir o registro de evidências, como notas técnicas, relatórios, portarias e trabalhos acadêmicos, de forma a embasar a tomada de decisão para a implementação da intervenção. A avaliação contínua e formativa, a partir do *feedback* regular e individualizado, possibilitou a identificação de potencialidades e fragilidades para melhoria da prática profissional. Esses achados são compatíveis com um estudo que relata que os portfólios eletrônicos se concentram principalmente na consciência da aprendizagem e do desenvolvimento de competências, assim como na capacidade de avaliar pontos fortes e fracos e refletir sobre o progresso pessoal<sup>12</sup>.

Ao iniciarmos o curso, estávamos saindo do período mais crítico da pandemia de covid-19. Dessa forma, em alguns momentos, as demandas da reorganização dos serviços nos atravessaram de modo a comprometer a proposição das ações de intervenção, como no caso da ação de intervenção 3, que teve como objetivo desenvolver uma proposta de educação permanente em saúde na UBS 11 de Ceilândia. A ideia era instituir uma roda permanente de educação, intitulada Roda de Saberes, com apoio da Preceptorial do Programa de Residência de Medicina em Família e Comunidade; entretanto, devido às inúmeras atividades inerentes ao programa, foi realizado apenas um encontro, sem continuidade.

Fazer esses registros das experiências no e-Portfólio e lidar com a frustração da intervenção não continuada foram elementos críticos que emergiram quanto ao processo de trabalho na saúde da família, com as constantes situações críticas que demandam a atenção do gestor e das equipes de saúde da família, como no caso da própria pandemia de covid-19, do surto de dengue e o surto de

monkeypox (abril-julho 2022). Isso destaca uma limitação do uso do e-Portfólio no que se refere à sobrecarga de trabalho. A criação e a manutenção de um portfólio exigiram tempo e esforço significativos por parte dos alunos e dos tutores, as quais tiveram que ser alinhadas à carga horária das atividades síncronas, assíncronas, aos encontros presenciais, às horas de trabalho e ao tempo para implementação da intervenção.

A segunda intervenção registrada no e-Portfólio partiu da necessidade de ampliar o atendimento ao paciente tabagista na região. Portanto, propôs-se a estruturação do atendimento ao tabagista na UBS 11 de Ceilândia. A unidade em questão não possui equipe multiprofissional (eMulti) de apoio para implementar a ação de intervenção, assim, muitos esforços foram demandados. Entre eles, a mobilização dos profissionais que, em algum momento, tinham realizado a capacitação para atuar no programa de cessação do tabagismo e a reorganização de agendas, a fim de dispor de carga horária para a realização da atividade em detrimento de outros atendimentos. Ademais, o prazo previsto para iniciar o atendimento ao tabagista era de aproximadamente 60-90 dias, sendo que o primeiro encontro ocorreu apenas um ano após.

Durante todo o processo de estruturação do atendimento ao tabagista, deparamo-nos com déficit de recursos humanos, capacitação de profissionais, processo de cadastramento e habilitação da unidade e reorganização das agendas para atendimento da demanda espontânea e programada. Tais desafios e obstáculos foram registrados no e-Portfólio, assim como toda a estruturação do processo de trabalho, o que pode servir como subsídio para outras unidades na implementação de grupos.

De forma geral, observou-se uma maior interação entre os alunos, uma vez que havia possibilidade de discussão das intervenções individuais nos momentos em grupos, partilhando experiências e supondo melhorias, ou formas de superar adversidades, as quais

eram posteriormente desenvolvidas e escritas dentro da plataforma. Os alunos tinham livre acesso aos portfólios de todos os alunos cursistas, podendo retirar dos demais ideias para as suas próprias intervenções em seus cenários de atuação. Observamos que os processos de trabalho mudam de acordo com a gestão local, enfatizando a importância dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) dentro da área de saúde. Estudo semelhante realizado no DF indicou que esse tipo de metodologia reforçou o entrosamento entre os cursistas, sendo um método avaliativo de maior flexibilidade, transcendendo o modelo de ensino tradicional<sup>13</sup>.

O e-Portfólio esteve como caderno-espaco de apoio para o registro das etapas concluídas e dos atravessadores que surgiram durante a implantação da intervenção. A dinamicidade desse tipo de tecnologia educacional nos permitiu olhar todo o processo de trabalho de maneira crítico-reflexiva, permitindo-nos sair da lógica demanda-resposta. Nessa perspectiva, aprendemos a lidar com as adversidades e a reconhecer a multifatorialidade das ações e das demandas de um serviço de saúde da APS, o que implica o desenvolvimento da habilidade em fabricar outras estratégias de ação e intervenção para as práticas cotidianas.

Assim como relatado em estudos da literatura, observamos que uma das vantagens do e-Portfólio é proporcionar aos estudantes *feedbacks* imediatos após as correções realizadas pelos tutores, permitindo a identificação rápida de fragilidades no processo de aprendizado, havendo, ainda, a possibilidade de interação e avaliação simultânea por mais de um docente<sup>14</sup>.

Outro aspecto analítico do uso do e-Portfólio nesse processo formativo e enquanto TES é em relação aos papéis do gestor e do supervisor da ESF. Na última edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, enfatiza-se a importância do papel do gerente de UBS na qualificação do processo de trabalho, reiterando que a eleição de um profissional para esse cargo deve considerar

[...] 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 Atenção Básica às diferentes realidades de cada local e possibilidades de adaptação por meio do gestor municipal, com autonomia nas suas escolhas<sup>15</sup>.

Como supervisora da equipe, construir o e-Portfólio das intervenções propostas me possibilitou inclusive olhar para as demandas relacionadas com o cumprimento das metas e com a compreensão dos indicadores do Programa Previne Brasil, as quais estão muito presentes no cotidiano de trabalho. Enquanto gestores, por vezes, ocupamos um papel de pressionar os profissionais da APS para o cumprimento das metas a fim de apresentarmos dados concisos à SES. Nessa perspectiva de autoanálise do nosso processo de trabalho, foi possível propor ações de qualificação e orientação relacionadas com esse aspecto da produção, do quantitativo do processo de trabalho, além de sanar alguns nós críticos do processo de trabalho das equipes e de estar mais próxima das equipes para apoiar nos fazeres cotidianos. Ao estruturar e implementar uma ação, pudemos refletir sobre as reais dificuldades e eleger estratégias pertinentes e mais eficazes para a melhoria do processo de trabalho.

## Considerações finais

O processo de construção do e-Portfólio enquanto facilitador da produção do conhecimento, ou seja, como uma ferramenta de ensino-aprendizado, favoreceu a implementação de intervenções práticas – e, em sua maioria, simples – na vivência da experiência de gestão.

Há desafios quanto à utilização do e-Portfólio, entre eles, a integração curricular. Integrar o uso do portfólio de forma eficaz ao currículo de educação em saúde exige uma revisão cuidadosa dos objetivos de aprendizagem e uma colaboração estreita entre professores,

tutores, profissionais atuantes nas UBS e usuários. Para sua utilização, portanto, deve-se ter claramente estabelecido qual o propósito de um portfólio eletrônico no processo de aprendizagem, de forma que essa ferramenta possa apoiar na avaliação formativa e somativa.

Sabe-se que grandes são os desafios dos gestores com todos os movimentos e mudanças que ocorrem diariamente na APS. Demandas tanto das diretorias como dos profissionais de ESF e usuários puderam ser formalizadas e colocadas em ação de forma mais estruturada e dinâmica, facilitando o processo de trabalho. A possibilidade em selecionar uma questão, pensar em uma proposta de intervenção, colocá-la em prática e refletir sobre o processo nos permitiu ampliar nossas ferramentas para o trabalho cotidiano enquanto gestoras, assim como dar visibilidade a questões que, por vezes, estavam mascaradas nas muitas demandas que nos atravessam.

Realizar uma intervenção com embasamento científico e uso de um recurso tecnológico gerou resultados positivos não somente para a gestão, mas também para servidores, usuários e comunidade em um contexto geral. O e-Portfólio facilitou o processo de *feedback* contínuo no processo formativo, trazendo horizontalidade na relação entre alunos e

educadores. A possibilidade de uma construção compartilhada, em que o professor-tutor acompanha a escrita, as reflexões, aponta os pontos fortes, apresenta caminhos reflexivos possíveis, dialoga com o conteúdo teórico de apoio e compartilha outras referências, qualifica o processo de aprendizagem e mudanças no cotidiano das práticas. Ter uma comunidade de aprendizagem, também favoreceu a interação entre os aprendizes compartilhando ideias, colaborando para projetos e fornecendo *feedback* construtivo uns aos outros.

## Colaboradoras

Silva TGA (0009-0000-0902-8753)\* contribuiu para concepção do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida IS (0000-0003-0929-8299)\* contribuiu para concepção do trabalho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica; e aprovação final da versão a ser publicada. Sousa DL (0000-0002-6140-694X)\* contribuiu para redação do artigo, revisão crítica; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Harlen W, Deakin Crick R. Testing and Motivation for Learning. *Assess Educ*. 2002;9(2):141-49. DOI: <https://doi.org/10.1080/0969594022000005849>
2. Barrett HC. Researching electronic portfolios and learner engagement: The REFLECT initiative. *J Adolescent Adult Literacy*. 2005;49(6):528-37. DOI: <https://doi.org/10.1598/JAAL.49.6.3>
3. Elek C, Fok PK, Szűcs A. Students' perceptions of portfolio assessment in higher education: A systematic review. *Stud Educ Eval*. 2020;64:100829. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2020.100829>
4. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Ciênc saúde coletiva*.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2013;18(6):1847-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600026>
5. Pavinati G, Lima LV, Soares JPR, et al. Tecnologias educacionais para o desenvolvimento de educação na saúde: uma revisão integrativa. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2022;26(3):328-49.
  6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. 2. ed. Brasília, DF: ed. Ministério da Saúde; 2008.
  7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
  8. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 131, de 14 de abril de 2023. Dispõe sobre o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*. 2023 abr 17 [acesso em 2024 set 13]; Edição 72; Seção I:5-6. Disponível em: [https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2023%7C04\\_Abril%7CDODF%20072%2017-04-2023%7C&arquivo=DODF%20072%2017-04-2023%20INTEGRA.pdf](https://dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2023%7C04_Abril%7CDODF%20072%2017-04-2023%7C&arquivo=DODF%20072%2017-04-2023%20INTEGRA.pdf)
  9. e-Portfólio [Internet]. Repositório. [acesso em 2024 jan 25]. Disponível em: <https://padlet.com/eportfoliocegesf/reposit-rio-e-portf-lios-cegesf-dejgou-441dllvhc1>
  10. Escola Gov Fiocruz Brasília. Curso Especialização Gestão Estratégia Saúde Família. Guia estudante CEGESEF. Brasília, DF: Fiocruz. 2022. [Curso modalidade distância].
  11. Escola Gov Fiocruz Brasília. Curso Espec gestão Estratégia Saúde Família. Man e-Portfólio CEGESEF. Brasília, DF: Fiocruz. 2022. [Curso modalidade distância].
  12. Syzdykova Z, Koblandin K, Mikhaylova N, et al. Assessment of E-Portfolio in Higher Education. *Int J Emerg Technol Learn (iJET)*. 2021;16(02):120. DOI: <https://doi.org/10.3991/ijet.v16i02.15831>
  13. Xavier DB, Alkmim DF, Dutra EB, et al. Portfólio Reflexivo Eletrônico: experiência inovadora de sanitaristas na Residência Multiprofissional em Atenção Básica do HUB/UnB. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2016;10(4):235-46.
  14. Antonio MARGM, Santos GG, Passeri SMRR. Portfólio on-line: estratégia para melhorar o sistema de avaliação da disciplina de Atenção Integral à Saúde do curso de medicina. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190069. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190069>
  15. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>

---

Recebido em 25/06/2023

Aprovado em 14/04/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Leonor Maria Pacheco Santos



## Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos?

*Coordination in Primary Care and integration in the Health Care Network: How far have we progressed?*

Allan Nuno Alves de Sousa<sup>1</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024E28784P

**RESUMO** Objetivou-se analisar a capacidade de coordenação do cuidado na Atenção Básica no Brasil (2012 e 2018) e a integração com os demais níveis de atenção. Estudo descritivo transversal e longitudinal, utilizando-se dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Selecionaram-se 15.378 equipes do 1º e do 3º ciclos do PMAQ-AB, e 59.354 usuários do 1º ciclo e 56.369 usuários do 3º ciclo. Constataram-se melhorias na prevalência de equipes que contam com apoio de outros profissionais da rede, e a maior parte delas dispõem de centrais de regulação; houve crescimento no percentual de equipes que garantem aos usuários agendamento com especialistas; a maior parte dos serviços asseguram exames para grupos populacionais prioritários; além de aumento de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento na rede, incremento no número de equipes que programam consultas e exames e organizam os encaminhamentos a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, e ampliação na prevalência de equipes que utilizam prontuário eletrônico. Percebeu-se melhoria na capacidade de exercer a função coordenadora nas redes de atenção à saúde, particularmente no que tange à melhoria no ordenamento de fluxos assistenciais, propiciando melhor gestão do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Sistema de saúde. Avaliação em saúde. Qualidade da assistência à saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the capacity for coordination in Primary Care in Brazil (2012 and 2018) and the integration with other levels of care. Cross-sectional and longitudinal descriptive study, using data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). 15,378 teams from the 1st and 3rd PMAQ-AB cycles were selected, 59,354 users from the 1st cycle and 56,369 users from the 3rd cycle. Improvements were found in the prevalence of teams that have the support of other professionals in the network, and most of them have regulation centers; in the percentage of teams that ensure that users are scheduled with specialists; and most services provide scheduling for priority population groups; there was an increase of teams that have defined references and direction for the service in the network; increase in the number of teams that schedule appointments and tests and organize referrals based on risk and vulnerability assessment; and increase in the prevalence of teams that use electronic medical records. There was an improvement in the ability to exercise the coordinating role in health care networks, particularly in improving the ordering of care flows, and providing better care management.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Continuity of patient care. Health systems. Health evaluation. Quality of health care.*

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS)  
- Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Brasília  
(UnB) - Brasília (DF),  
Brasil.  
shimizu@unb.br





## Introdução

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde requer um processo de reforma que posicione a Atenção Básica (AB) no centro coordenador de articulação e comunicação das redes assistenciais<sup>1-5</sup>. Ao exercer função coordenadora do cuidado no sistema, a AB é capaz de promover maior coerência e eficiência na utilização dos recursos de saúde disponíveis, produzir significativas melhorias na sua qualidade, reduzir obstáculos para o acesso nos variados níveis de atenção e potencializar a capacidade do sistema em ofertar cuidados integrais, sobretudo para usuários que demandam atenção constante<sup>4,5</sup>.

Muito embora diferentes definições sobre o que se entende por coordenação do cuidado estejam disponíveis na literatura, há um conjunto de elementos que delimitam aspectos que podem ser considerados comuns entre os variados conceitos abordados, tais como a integração vertical e horizontal entre ações e serviços, que favoreçam o alinhamento, a conexão e a cooperação entre organizações e atores. Para tanto, é relevante o emprego de dispositivos e instrumentos que deem suporte ao planejamento da gestão e à atuação de trabalhadores, que auxiliem na definição dos fluxos do caminhar dos usuários na rede de saúde e que permitam a troca e a continuidade informacional entre os variados pontos de atenção, além disso, que apoiem o acompanhamento dos planos terapêuticos por parte dos profissionais de saúde<sup>6-9</sup>.

No Brasil, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e 2017 passaram atribuir maior relevância da AB na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que gerou um rápido processo de ampliação do acesso à população. O aumento do número de equipes de Saúde da Família (eSF) resultou em salto na cobertura populacional de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018<sup>10</sup>. Durante esse espaço de tempo, a AB não só ganhou volume como

também acumulou em qualidade em várias de suas dimensões/atributos. Uma quantidade expressiva de estudos passou a evidenciar a potência e os bons resultados produzidos pela ESF, demonstrando a sua capacidade de impactar nas condições de saúde da população. Observou-se melhoria do acesso e da utilização de serviços, sobretudo das populações com menor renda, que impactou nas reduções de mortalidade infantil e adulta<sup>11-16</sup>. As internações por condições sensíveis à AB foram reduzidas devido à expansão do acesso a cuidados e tratamentos, melhorando a equidade e a eficiência do SUS<sup>11-16</sup>.

No entanto, estudos também demonstram que importantes obstáculos seguem constringendo a efetivação da AB como coordenadora do cuidado nas RAS na medida em que eSF permanecem encontrando dificuldades para receber apoio e articular ações com especialistas de outros pontos de atenção<sup>17-19</sup>. Igualmente problemático é o acesso a consultas com profissionais especialistas e a exames para o apoio diagnóstico, bem como ao acompanhamento no cuidado continuado<sup>20-22</sup>. As redes de serviços locais ainda não dispõem de referências e fluxos definidos para orientar e estruturar a atuação das equipes no seu relacionamento com a rede, assim como de itinerário dos usuários que precisam de encaminhamento<sup>18,21,23</sup>. Ademais, a organização do processo de trabalho não favorece a programação das ações em função de elementos da gestão do cuidado<sup>20</sup>; e os serviços ainda carecem de dispositivos que facilitem a troca qualificada de informações entre os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e entre a AB e outros pontos de atenção<sup>8,23,24</sup>.

Dessa forma, o objetivo do estudo é analisar elementos relacionados com a capacidade de coordenação do cuidado da AB no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos de integração vertical e horizontal entre a AB e os demais níveis de atenção, apontando seus principais avanços.

## Material e métodos

Estudo descritivo transversal e longitudinal, que utilizou base de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos. A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta. Foram entrevistados 65.391 usuários (média de 3,7/equipe) que aguardavam atendimento na UBS no momento da coleta, selecionados ao acaso. A coleta do 3º ciclo ocorreu entre julho de 2017 e agosto de 2018, atingindo 38.865 equipes, o que corresponde a aproximadamente 94% das equipes que existiam no período da coleta de dados – para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6/equipe). A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa. O Ciclo I foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) (por meio de ofício nº 38/2012, em 10 de maio de 2012); Ciclo II teve parecer emitido pelo CEP da Universidade Federal de Goiás CAAE: 80341517.8.1001.5317 (nº 487.055, em 12 de fevereiro de 2013); e Ciclo III foi aprovado pelo CEP da UFPeL (parecer nº 2.453.320, em dezembro de 2017). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se estudo longitudinal, a partir da seleção de uma amostra que compreende o subconjunto de equipes que participaram tanto do 1º quanto do 3º ciclo do programa, de modo a permitir análise que detecte mudanças no comportamento de variáveis relacionadas com a coordenação do cuidado na AB para os mesmos casos com o passar do tempo, ou seja, buscou-se analisar se para cada variável selecionada constataram-se melhora, piora ou manutenção do cenário observado para

as equipes participantes dos dois processos avaliativos.

Foram selecionadas 15.378 equipes que participaram do 1º e do 3º ciclos do PMAQ-AB, de modo a permitir análise longitudinal dos mesmos casos, e foram selecionados 59.354 usuários que responderam aos instrumentos referindo-se às equipes selecionadas no 1º ciclo, e 56.369 usuários no 3º ciclo.

Para testar a possível existência de viés na distribuição das equipes que compõem a amostra, foi realizado teste de correlação entre a distribuição, por Unidade da Federação, de equipes selecionadas e o total de equipes avaliadas. O coeficiente *r* de Pearson encontrado foi igual a 0,999 para o 1º ciclo e igual a 0,960 para o 3º ciclo, demonstrando aleatoriedade na composição da amostra em relação à totalidade de equipes participantes do PMAQ-AB.

Foram eleitas variáveis que pudessem informar sobre a capacidade coordenadora da AB nas RAS conforme três dimensões: a) apoio e acesso a serviços especializados; b) ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico; e c) continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede.

Para cada dimensão analisada, foram selecionadas variáveis que guardassem correspondência e compatibilidade de conteúdo, dado que os instrumentos de coleta de dados utilizados nos dois ciclos estudados não eram exatamente idênticos. Parte das questões se manteve inalterada, parte passou por ajustes no enunciado das questões ou nas alternativas disponíveis; novas questões foram inseridas e outras foram suprimidas dos instrumentos. Desse modo, para garantir a comparabilidade das variáveis entre os dois períodos estudados, somente foram mobilizadas questões que mantiveram a congruência em seu objeto e sentido. Ao todo, foram escolhidas 14 variáveis que se referem a dados de organização das equipes e sua integração com a RAS, e 3 variáveis que se referem a informações dos usuários, conforme mostra o *quadro 1*.

Quadro 1. Variáveis selecionadas, por dimensão e subdimensão

Coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS	Regulação, acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico; e apoio multiprofissional	<p>Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos</p> <p>Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção</p> <p>Centrais de marcação disponíveis</p> <p>Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada</p> <p>Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus</p> <p>Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal</p> <p>Quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, sai da unidade com a consulta agendada</p>
	Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado	<p>Quando necessitou, conseguiu fazer exame de mamografia</p> <p>Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde</p> <p>Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade</p> <p>Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado</p> <p>Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas</p> <p>Após o nascimento da criança, a equipe fez consulta de puericultura até os 7 dias de vida</p>
	Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede	<p>Utiliza prontuário eletrônico</p> <p>Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado</p> <p>Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados</p> <p>Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados</p>

Fonte: elaboração própria.

Para todas as variáveis eleitas, além da comparação dos seus resultados entre 2012 e 2018, os dados foram estratificados por região e porte populacional dos municípios nos quais atuavam as equipes e viviam os usuários que acessavam os serviços. Para o porte populacional, os municípios foram categorizados segundo a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2012 (até 10.000 habitantes, de 10.001 a

20.000, 20.001 a 50.000, 50.001 a 100.000 e acima de 100.000 habitantes).

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel Professional Plus 2013<sup>®</sup>. Para a análise dos dados referentes à coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS, em cruzamento com a região e o porte populacional, aplicou-se o teste de qui-quadrado para proporções esperadas iguais em amostras

de variáveis nominais, e todos os valores de p-valor abaixo de 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

## Resultados

Para a dimensão ‘apoio e acesso a serviços especializados’, a proporção de equipes que afirmou receber apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos aumentou de 88,8% para 95,7%, com maior destaque para a região Norte, que apresentou elevação superior a 20 pontos percentuais (pp), e para municípios com até 10 mil habitantes, com elevação acima de 15 pp (*tabela 1*). Quanto à disponibilidade de central de regulação para encaminhamentos para outros pontos de atenção, os dados revelam que houve um pequeno aumento (*tabela 1*). Entretanto, quando se observa a disponibilidade de centrais de marcação para consultas especializadas, exames e leitoss, o

aumento foi de 13,8 pp, com avanços mais acentuados nas regiões Nordeste (20,8 pp) e Centro-Oeste (18,9 pp), e nos municípios com até 50 mil habitantes (*tabela 1*). Em relação à consulta especializada, aumentou para 43,8%, com elevações mais expressivas nas regiões Sul (22,4 pp) e Sudeste (19,4 pp), e nos municípios acima de 100 mil habitantes (20,6 pp) (*tabela 1*).

Quando se refere ao acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, constatou-se um importante aumento, com elevação superior a 10 pp nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e de quase 15 pp nos municípios com até 20 mil habitantes (*tabela 1*). Em relação aos exames para gestantes, o cenário nacional se manteve estável, com prevalência de equipes que informaram acessar todos os exames recomendados para o acompanhamento do pré-natal superior a 94%, oscilando negativamente na região Sudeste e nas maiores municipalidades (*tabela 1*).

Tabela 1. Apoio e acesso a serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos*		Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção*		Centrais de marcação disponíveis* <sup>(f)</sup>	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
<b>Região</b>						
Norte <sup>(a)</sup>	68,4 (65,4 - 71,4)	91,1 (89,2 - 93,0)	82,7 (80,2 - 85,2)	86,2 (84,0 - 88,4)	24,4 (21,6 - 27,2)	34,4 (31,3 - 37,5)
Nordeste <sup>(b)</sup>	89,4 (88,6 - 90,2)	96,0 (95,5 - 96,5)	89,6 (88,8 - 90,4)	93,5 (92,8 - 94,2)	21,0 (19,9 - 22,1)	41,8 (40,4 - 43,2)
Sudeste <sup>(c)</sup>	92,7 (92,0 - 93,4)	95,6 (95,1 - 96,1)	93,2 (92,5 - 93,9)	94,4 (93,8 - 95,0)	23,4 (22,3 - 24,5)	31,7 (30,5 - 32,9)
Sul <sup>(d)</sup>	88,3 (87,1 - 89,5)	96,8 (96,1 - 97,5)	90,9 (89,8 - 92,0)	93,2 (92,2 - 94,2)	37,6 (35,7 - 39,5)	49,2 (47,3 - 51,1)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	83,8 (81,6 - 86,0)	96,9 (95,9 - 97,9)	88,3 (86,4 - 90,2)	96,9 (95,9 - 97,9)	31,2 (28,4 - 34,0)	50,1 (47,1 - 53,1)
<b>Porte Populacional</b>						
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	82,2 (80,6 - 83,8)	97,9 (97,3 - 98,5)	86,6 (85,2 - 88,0)	94,8 (93,9 - 95,7)	29,8 (27,9 - 31,7)	47,1 (45,0 - 49,2)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	84,9 (83,5 - 86,3)	98,2 (97,7 - 98,7)	89,0 (87,8 - 90,2)	94,4 (93,5 - 95,3)	26,4 (24,7 - 28,1)	46,2 (44,2 - 48,2)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	91,7 (90,8 - 92,6)	98,8 (98,4 - 99,2)	89,4 (88,4 - 90,4)	95,4 (94,7 - 96,1)	24,9 (23,4 - 26,4)	43,4 (41,7 - 45,1)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	91,0 (89,6 - 92,4)	98,0 (97,3 - 98,7)	88,1 (86,5 - 89,7)	95,6 (94,6 - 96,6)	25,7 (23,6 - 27,8)	36,9 (34,6 - 39,2)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	91,0 (90,2 - 91,8)	91,7 (91,0 - 92,4)	94,7 (94,1 - 95,3)	91,4 (90,7 - 92,1)	23,9 (22,8 - 25,0)	31,9 (30,7 - 33,1)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>88,8 (88,3 - 89,3)</b>	<b>95,7 (95,4 - 96,0)</b>	<b>90,7 (90,2 - 91,2)</b>	<b>93,6 (93,2 - 94,0)</b>	<b>25,6 (24,9 - 26,3)</b>	<b>39,4 (38,6 - 40,2)</b>

Tabela 1. Apoio e acesso a serviços especializados na Rede de Atenção à Saúde, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada*		Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus*(m)		Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal*(n)	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
<b>Região</b>						
Norte <sup>(a)</sup>	16,4 (14,0 - 18,8)	24,9 (22,1 - 27,7)	66,1 (63,0 - 69,2)	79,0 (76,4 - 81,6)	85,2 (82,9 - 87,5)	91,4 (89,6 - 93,2)
Nordeste <sup>(b)</sup>	17,6 (16,6 - 18,6)	33,7 (32,4 - 35,0)	75,6 (74,4 - 76,8)	90,6 (89,8 - 91,4)	93,6 (92,9 - 94,3)	95,5 (94,9 - 96,1)
Sudeste <sup>(c)</sup>	30,9 (29,7 - 32,1)	50,3 (49,0 - 51,6)	90,2 (89,4 - 91,0)	91,9 (91,2 - 92,6)	95,1 (94,5 - 95,7)	93,0 (92,3 - 93,7)
Sul <sup>(d)</sup>	37,7 (35,8 - 39,6)	60,1 (58,2 - 62,0)	86,8 (85,5 - 88,1)	96,5 (95,8 - 97,2)	95,8 (95,0 - 96,6)	96,8 (96,1 - 97,5)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	17,1 (14,8 - 19,4)	32,8 (30,0 - 35,6)	79,5 (77,1 - 81,9)	91,1 (89,4 - 92,8)	94,4 (93,0 - 95,8)	97,4 (96,4 - 98,4)
<b>Porte Populacional</b>						
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	24,3 (22,5 - 26,1)	39,6 (37,6 - 41,6)	78,8 (77,1 - 80,5)	93,2 (92,2 - 94,2)	94,5 (93,6 - 95,4)	97,4 (96,7 - 98,1)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	17,5 (16,0 - 19,0)	32,6 (30,7 - 34,5)	77,1 (75,4 - 78,8)	92,0 (90,9 - 93,1)	91,8 (90,7 - 92,9)	96,4 (95,7 - 97,1)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	23,1 (21,7 - 24,5)	39,6 (37,9 - 41,3)	78,9 (77,5 - 80,3)	92,8 (91,9 - 93,7)	90,7 (89,7 - 91,7)	96,9 (96,3 - 97,5)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	26,4 (24,3 - 28,5)	44,9 (42,5 - 47,3)	82,8 (81,0 - 84,6)	93,1 (91,9 - 94,3)	93,3 (92,1 - 94,5)	97,3 (96,5 - 98,1)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	32,2 (31,0 - 33,4)	52,8 (51,5 - 54,1)	89,3 (88,5 - 90,1)	89,6 (88,8 - 90,4)	97,4 (97,0 - 97,8)	91,1 (90,3 - 91,9)
<b>Brasil(k)</b>	<b>26,0 (25,3 - 26,7)</b>	<b>43,8 (43,0 - 44,6)</b>	<b>82,7 (82,1 - 83,3)</b>	<b>91,4 (91,0 - 91,8)</b>	<b>94,1 (93,7 - 94,5)</b>	<b>94,7 (94,3 - 95,1)</b>

Fonte: elaboração própria.

\* valor de p &lt; 0,001 (razão de verossimilhança).

(a) n = 908; (b) n = 5.096; (c) n = 5.723; (d) n = 2.600; (e) n = 1.051; (f) n = 2.237; (g) n = 2.466; (h) n = 3.363; (i) n = 1.670; (j) n = 5.516; (k) n = 15.378; (l) marcação de consultas especializadas, exames e leitos; (m) creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada; (n) glicemia de jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para HIV, sorologia para hepatite B, urocultura ou sumário de urina (tipo 1).

Para a dimensão ‘ordenamento de fluxos assistenciais e coordenação do cuidado clínico’, a proporção de equipe que contava com referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na RAS, para um conjunto prioritário de situações de saúde, aumentou de 38,6% para 83,4%, com incremento em torno de 50 pp nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e nos municípios abaixo de 100 mil habitantes (tabela 2). Ao mesmo tempo, ocorreu expressivo aumento na prevalência de equipes que organizam os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (67,6% – 94,4%), mais uma vez com maior destaque para as regiões Nordeste (64,7% – 96,2%) e Centro-Oeste (62,8% – 96,6%) e para os municípios que possuem menos de 100 mil

habitantes; e na prevalência de equipes que programam consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado, que aumentou de 72,9% para 89,3%, com expansão superior a 20 pp nas regiões Sul, Centro-Oeste e nos municípios com até 50 mil habitantes (tabela 2). Quando questionadas sobre se coordenam e acompanham a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas para outros pontos de atenção na rede, 78,4% das equipes responderam afirmativamente, com incrementos mais acentuados na região Nordeste (38,1 pp) e nos municípios entre 10 e 20 mil habitantes (37,4 pp) (tabela 2).

Tabela 2. Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde <sup>(d)</sup>		Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
<b>Região</b>				
Norte <sup>(a)</sup>	28,4 (25,5 - 31,3)	66,7 (63,6 - 69,8)	65,9 (62,8 - 69,0)	92,8 (91,1 - 94,5)
Nordeste <sup>(b)</sup>	30,4 (29,1 - 31,7)	82,1 (81,0 - 83,2)	64,7 (63,4 - 66,0)	96,2 (95,7 - 96,7)
Sudeste <sup>(c)</sup>	47,1 (45,8 - 48,4)	86,8 (85,9 - 87,7)	72,0 (70,8 - 73,2)	92,2 (91,5 - 92,9)
Sul <sup>(d)</sup>	42,6 (40,7 - 44,5)	86,1 (84,8 - 87,4)	66,1 (64,3 - 67,9)	95,5 (94,7 - 96,3)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	28,6 (25,9 - 31,3)	78,5 (76,0 - 81,0)	62,8 (59,9 - 65,7)	96,6 (95,5 - 97,7)
<b>Porte Populacional</b>				
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	35,2 (33,2 - 37,2)	83,6 (82,1 - 85,1)	57,1 (55,0 - 59,2)	94,9 (94,0 - 95,8)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	24,7 (23,0 - 26,4)	81,8 (80,3 - 83,3)	56,4 (54,4 - 58,4)	95,1 (94,2 - 96,0)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	31,3 (29,7 - 32,9)	86,1 (84,9 - 87,3)	64,3 (62,7 - 65,9)	96,9 (96,3 - 97,5)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	32,9 (30,6 - 35,2)	85,1 (83,4 - 86,8)	66,4 (64,1 - 68,7)	97,4 (96,6 - 98,2)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	52,7 (51,4 - 54,0)	82,2 (81,2 - 83,2)	79,6 (78,5 - 80,7)	92,0 (91,3 - 92,7)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>38,6 (37,8 - 39,4)</b>	<b>83,4 (82,8 - 84,0)</b>	<b>67,6 (66,9 - 68,3)</b>	<b>94,4 (94,0 - 94,8)</b>
Variáveis	Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado*		Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012** % (IC 95%)	2018* % (IC 95%)
<b>Região</b>				
Norte <sup>(a)</sup>	69,7 (66,7 - 72,7)	86,1 (83,8 - 88,4)	41,1 (37,9 - 44,3)	70,6 (67,6 - 73,6)
Nordeste <sup>(b)</sup>	77,7 (76,6 - 78,8)	93,1 (92,4 - 93,8)	45,4 (44,0 - 46,8)	83,5 (82,5 - 84,5)
Sudeste <sup>(c)</sup>	75,7 (74,6 - 76,8)	87,3 (86,4 - 88,2)	47,3 (46,0 - 48,6)	80,1 (79,1 - 81,1)
Sul <sup>(d)</sup>	62,4 (60,5 - 64,3)	87,5 (86,2 - 88,8)	44,4 (42,5 - 46,3)	71,8 (70,1 - 73,5)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	63,6 (60,7 - 66,5)	88,9 (87,0 - 90,8)	49,1 (46,1 - 52,1)	67,6 (64,8 - 70,4)
<b>Porte Populacional</b>				
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	63,9 (61,9 - 65,9)	88,9 (87,6 - 90,2)	44,9 (42,8 - 47,0)	80,1 (78,4 - 81,8)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	66,3 (64,4 - 68,2)	89,6 (88,4 - 90,8)	41,6 (39,7 - 43,5)	79,0 (77,4 - 80,6)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	71,5 (70,0 - 73,0)	92,9 (92,0 - 93,8)	44,9 (43,2 - 46,6)	81,2 (79,9 - 82,5)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	71,7 (69,5 - 73,9)	91,0 (89,6 - 92,4)	47,0 (44,6 - 49,4)	80,0 (78,1 - 81,9)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	80,9 (79,9 - 81,9)	87,0 (86,1 - 87,9)	48,7 (47,4 - 50,0)	75,8 (74,7 - 76,9)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>72,9 (72,2 - 73,6)</b>	<b>89,3 (88,8 - 89,8)</b>	<b>45,9 (45,1 - 46,7)</b>	<b>78,4 (77,7 - 79,1)</b>

Fonte: elaboração própria.

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança); \*\* valor de  $p > 0,05$  para região e valor de  $p < 0,001$  para porte populacional (razão de verossimilhança).

(a) n = 908; (b) n = 5.096; (c) n = 5.723; (d) n = 2.600; (e) n = 1.051; (f) n = 2.237; (g) n = 2.466; (h) n = 3.363; (i) n = 1.670; (j) n = 5.516; (k) n = 15.378; (l) Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama, agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero, parto (maternidade), urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma).

Para a dimensão ‘continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede’, houve expressiva elevação na prevalência de equipes que utilizam Prontuário Eletrônico (PE), com aumento muito destacado nas regiões Sul (54,3 pp) e Centro-Oeste (43,1 pp), e nos municípios com até 10 mil habitantes (43,8 pp) (tabela 3). De acordo com os respondentes, o percentual de equipes que possuem fluxo de comunicação institucionalizado entre a AB e outros pontos da rede cresceu de 49,5% para 89,1%, com elevação de quase 50 pp nas regiões Centro-Oeste, Norte e nos municípios entre 10 e 50 mil habitantes (tabela 3). Muito

embora tenha se constatado crescimento no percentual de equipes em que os profissionais da AB costumam sempre entrar em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados, ele ainda é muito baixo (34,7%), e no sentido inverso, ou seja, equipes nas quais especialistas sempre entram em contato com os profissionais da AB que encaminharam usuários, o percentual é ainda mais reduzido (18,2%). Para ambas as situações, foi na região Nordeste e nos municípios de médio porte que o cenário melhorou (tabela 3).

Tabela 3. Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede			
	Utiliza prontuário eletrônico*		institucionalizado*	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
<b>Região</b>				
Norte <sup>(a)</sup>	3,3 (2,1 - 4,5)	30,0 (27,0 - 33,0)	30,0 (27,0 - 33,0)	79,3 (76,7 - 81,9)
Nordeste <sup>(b)</sup>	1,0 (0,7 - 1,3)	20,4 (19,3 - 21,5)	40,6 (39,3 - 41,9)	88,2 (87,3 - 89,1)
Sudeste <sup>(c)</sup>	18,8 (17,8 - 19,8)	42,4 (41,1 - 43,7)	59,7 (58,4 - 61,0)	90,9 (90,2 - 91,6)
Sul <sup>(d)</sup>	30,9 (29,1 - 32,7)	85,2 (83,8 - 86,6)	54,7 (52,8 - 56,6)	90,9 (89,8 - 92,0)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	20,0 (17,6 - 22,4)	63,1 (60,2 - 66,0)	37,9 (35,0 - 40,8)	87,8 (85,8 - 89,8)
<b>Porte Populacional</b>				
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	11,9 (10,6 - 13,2)	55,7 (53,6 - 57,8)	43,9 (41,8 - 46,0)	88,8 (87,5 - 90,1)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	6,9 (5,9 - 7,9)	37,8 (35,9 - 39,7)	39,1 (37,2 - 41,0)	87,9 (86,6 - 89,2)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	6,4 (5,6 - 7,2)	39,1 (37,5 - 40,7)	44,8 (43,1 - 46,5)	92,4 (91,5 - 93,3)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	5,6 (4,5 - 6,7)	40,7 (38,3 - 43,1)	48,8 (46,4 - 51,2)	92,2 (90,9 - 93,5)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	26,1 (24,9 - 27,3)	43,7 (42,4 - 45,0)	59,7 (58,4 - 61,0)	87,4 (86,5 - 88,3)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>14,3 (13,7 - 14,9)</b>	<b>43,0 (42,2 - 43,8)</b>	<b>49,5 (48,7 - 50,3)</b>	<b>89,1 (88,6 - 89,6)</b>
	<b>Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados*(l)</b>		<b>Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados*(l)</b>	
	<b>2012</b>	<b>2018</b>	<b>2012</b>	<b>2018</b>
<b>Variáveis</b>	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>	<b>% (IC 95%)</b>
<b>Região</b>				
Norte <sup>(a)</sup>	13,3 (11,1 - 15,5)	30,1 (27,1 - 33,1)	6,3 (4,7 - 7,9)	15,6 (13,2 - 18,0)
Nordeste <sup>(b)</sup>	17,3 (16,3 - 18,3)	38,7 (37,4 - 40,0)	7,3 (6,6 - 8,0)	21,4 (20,3 - 22,5)
Sudeste <sup>(c)</sup>	14,3 (13,4 - 15,2)	33,9 (32,7 - 35,1)	7,0 (6,3 - 7,7)	17,8 (16,8 - 18,8)



Tabela 3. Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Sul <sup>(d)</sup>	11,8 (10,6 - 13,0)	30,0 (28,2 - 31,8)	4,3 (3,5 - 5,1)	13,3 (12,0 - 14,6)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	12,1 (10,1 - 14,1)	35,1 (32,2 - 38,0)	7,5 (5,9 - 9,1)	19,7 (17,3 - 22,1)
<b>Porte Populacional</b>				
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	17,4 (15,8 - 19,0)	36,7 (34,7 - 38,7)	7,4 (6,3 - 8,5)	17,3 (15,7 - 18,9)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	15,1 (13,7 - 16,5)	36,2 (34,3 - 38,1)	7,0 (6,0 - 8,0)	19,7 (18,1 - 21,3)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	17,6 (16,3 - 18,9)	41,7 (40,0 - 43,4)	8,5 (7,6 - 9,4)	22,2 (20,8 - 23,6)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	14,6 (12,9 - 16,3)	39,9 (37,6 - 42,2)	7,0 (5,8 - 8,2)	20,7 (18,8 - 22,6)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	11,5 (10,7 - 12,3)	27,6 (26,4 - 28,8)	4,8 (4,2 - 5,4)	14,8 (13,9 - 15,7)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>14,6 (14,0 - 15,2)</b>	<b>34,7 (33,9 - 35,5)</b>	<b>6,6 (6,2 - 7,0)</b>	<b>18,2 (17,6 - 18,8)</b>

Fonte: elaboração própria.

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

(a) n = 908; (b) n = 5.096; (c) n = 5.723; (d) n = 2.600; (e) n = 1.051; (f) n = 2.237; (g) n = 2.466; (h) n = 3.363; (i) n = 1.670; (j) n = 5.516; (k) n = 15.378; (l) Foram consideradas as respostas 'sempre'.

De acordo com os usuários entrevistados, houve pequena melhora no número daqueles que, quando houve a necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, conseguiram sair da UBS já com o encaminhamento agendado. Contudo, independentemente do contexto analisado, a proporção manteve-se ainda muito baixa (19,9%) (tabela 4). Para avaliar o acesso a exames para apoio diagnóstico entre as mulheres que necessitaram fazer exame de mamografia, a maior parte afirmou que conseguiu realizar o exame em ambos os momentos avaliados. Em 2018, foram 91%, representando aumento

de 8,1 pp em relação a 2012, sendo que foi nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e nos municípios entre 20 e 50 habitantes que ocorreram elevações superiores a 10 pp (tabela 4). Por fim, quando questionados sobre se a equipe realizou a primeira consulta de puericultura na primeira semana de vida dos recém-nascidos, os dados nacionais se mantiveram estáveis, com importante aumento apenas na região Centro-Oeste (9,6 pp), e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quando se considera o porte populacional dos municípios (tabela 4).

Tabela 4. Acesso a exames e consultas especializadas, e consulta de puericultura na atenção básica em tempo oportuno, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Variáveis	Quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, sai da unidade com a consulta agendada* <sup>(l)</sup>		Quando necessitou, conseguiu fazer exame de mamografia <sup>(m)</sup>		Após o nascimento da criança, a equipe fez consulta de puericultura até os sete dias de vida** <sup>(n)</sup>	
	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)	2012** % (IC 95%)	2018* % (IC 95%)	2012 % (IC 95%)	2018 % (IC 95%)
<b>Região</b>						
Norte <sup>(a)</sup>	10,1 (8,8 - 11,4)	20,9 (18,9 - 22,9)	73,7 (70,0 - 77,4)	82,3 (79,4 - 85,2)	47,0 (42,2 - 51,8)	50,2 (45,6 - 54,8)
Nordeste <sup>(b)</sup>	9,8 (9,3 - 10,3)	19,2 (18,4 - 20,0)	80,1 (79,0 - 81,2)	90,5 (89,7 - 91,3)	59,3 (57,3 - 61,3)	63,6 (61,5 - 65,7)
Sudeste <sup>(c)</sup>	11,9 (11,4 - 12,4)	15,8 (15,2 - 16,4)	84,4 (83,6 - 85,2)	91,2 (90,6 - 91,8)	70,1 (68,6 - 71,6)	65,9 (64,0 - 67,8)

Tabela 4. Acesso a exames e consultas especializadas, e consulta de puericultura na atenção básica em tempo oportuno, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

Sul <sup>(d)</sup>	21,2 (20,3 - 22,1)	28,3 (27,2 - 29,4)	88,2 (87,1 - 89,3)	94,7 (94,0 - 95,4)	70,5 (67,3 - 73,7)	74,0 (71,0 - 77,0)
Centro-Oeste <sup>(e)</sup>	14,2 (12,9 - 15,5)	24,2 (22,4 - 26,0)	74,0 (71,3 - 76,7)	85,7 (83,8 - 87,6)	53,0 (49,5 - 56,5)	62,6 (58,1 - 67,1)
<b>Porte Populacional</b>						
Até 10.000 <sup>(f)</sup>	19,1 (18,2 - 20,0)	25,5 (24,3 - 26,7)	85,4 (84,0 - 86,8)	92,8 (91,9 - 93,7)	64,0 (61,2 - 66,8)	67,6 (64,5 - 70,7)
10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>	10,8 (10,1 - 11,5)	17,5 (16,5 - 18,5)	82,8 (81,4 - 84,2)	91,0 (90,0 - 92,0)	63,3 (60,8 - 65,8)	66,8 (63,8 - 69,8)
20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>	11,2 (10,5 - 11,9)	17,2 (16,3 - 18,1)	80,4 (79,1 - 81,7)	91,0 (90,1 - 91,9)	62,7 (60,5 - 64,9)	65,0 (62,5 - 67,5)
50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup>	11,0 (10,1 - 11,9)	18,9 (17,6 - 20,2)	83,0 (81,3 - 84,7)	89,1 (87,8 - 90,4)	66,0 (62,9 - 69,1)	64,9 (61,4 - 68,4)
Mais de 100.000 <sup>(j)</sup>	12,8 (12,3 - 13,3)	20,3 (19,6 - 21,0)	83,3 (82,4 - 84,2)	91,0 (90,4 - 91,6)	65,1 (63,3 - 66,9)	63,0 (61,0 - 65,0)
<b>Brasil<sup>(k)</sup></b>	<b>12,9 (12,6 - 13,2)</b>	<b>19,9 (19,5 - 20,3)</b>	<b>82,9 (82,3 - 83,5)</b>	<b>91,0 (90,6 - 91,4)</b>	<b>64,2 (63,1 - 65,3)</b>	<b>64,9 (63,7 - 66,1)</b>

Fonte: elaboração própria.

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança); \*\* valor de  $p < 0,001$  para região e valor de  $p < 0,01$  para porte populacional (razão de verossimilhança); \*\*\* valor de  $p < 0,001$  para região e valor de  $p > 0,05$  para porte populacional (razão de verossimilhança).

(a) 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; (b) 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; (c) 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; (d) 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; (e) 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; (f) 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; (g) 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; (h) 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; (i) 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; (j) 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; (k) 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; (l) Foram considerados apenas usuários que necessitaram de encaminhamento ( $n = 43.082$  (2012) e  $n = 34.612$  (2018)); (m) Foram consideradas apenas usuárias que informaram ter necessitado fazer exame de mamografia ( $n = 17.658$  (2012) e  $n = 20.291$  (2018)); (n) Foram consideradas apenas usuárias com crianças até 2 anos ( $n = 7.964$  (2012) e  $n = 6.183$  (2018)).

## Discussão

No que diz respeito à dimensão ‘apoio e acesso a serviços especializados’, observou-se ter ocorrido aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio de outros profissionais da rede, como os de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os centros de especialidades; e, principalmente, dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), sobretudo, na região Norte e em menores municípios, provavelmente em função da mudança na política de financiamento do Ministério da Saúde (MS) que, desde o final de 2012, passou a financiar Nasf-AB em municípios onde havia apenas uma ou duas eSF. Contudo, muitos desafios ainda se apresentam para a qualificação das ações de apoio na rede, na perspectiva do aperfeiçoamento do vínculo e corresponsabilização entre trabalhadores, assim como da melhoria dos dispositivos que propiciem uma conexão mais fluida e permanente entre eles<sup>19,25,26</sup>.

Por sua vez, observou-se que a existência de centrais de marcação, por meio de sistema de regulação, tende a facilitar o acesso a consultas e a

exames especializados, dado que elas contribuem para a operacionalização de mecanismos normatizadores de acesso aos serviços presentes na rede e colaboram para uma orientação mais equitativa de preenchimento de vagas disponíveis, com o gerenciamento do processo de priorização do acesso, a partir da identificação de necessidades informadas pela AB<sup>18,21,27</sup>.

Os dados demonstraram que a maior parte das equipes dispõe de centrais de regulação, porém as alternativas de tipo de marcação ainda são restritas, pois apenas algumas delas conseguem assegurar agendamento para consultas, exames e leitos, com maiores entraves para a marcação em leitos hospitalares. Os resultados reforçam o que foi encontrado em estudo realizado em região de saúde da Bahia que constatou a presença de central de regulação para marcação de consultas e exames, e maiores dificuldades para o acesso a leitos<sup>20</sup>. Apesar da existência do aparato regulatório, os mecanismos de regulação existentes limitam a capacidade de coordenação da AB ao impor constrangimentos que desconsideram elementos da gestão do cuidado, como critérios de priorização clínica, dirigidos pelas equipes.

O mesmo estudo realizado na Bahia revela os obstáculos que as equipes seguem encontrando para acessar os serviços regulados, com restrição de acesso a tetos pré-acordados que consideram apenas a capacidade de financiamento dos municípios demandantes, independentemente do perfil epidemiológico e das necessidades concretas apontadas pelas equipes<sup>20</sup>.

De todo modo, a existência de centrais de marcação de consultas e exames especializadas está associada a uma maior facilidade de acesso aos serviços da rede, a menores tempos de espera, principalmente de casos mais urgentes, e a maior chance na utilização eficiente dos recursos disponíveis<sup>8,21,23</sup>. Um importante indicador capaz de revelar o grau de conformidade dos mecanismos de regulação existentes é se os usuários da AB conseguem sair da UBS com a consulta no especialista agendada nos casos em que há necessidade de encaminhamento. Quanto a esse quesito, os dados mostraram importante evolução para o período estudado, sobretudo nos grandes centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas do País, apesar de os usuários terem apresentado cenário bem menos positivo em função de suas experiências negativas. Permanecem formas de agendamento que contribuem para a conservação de obstáculos altamente indesejáveis, como a necessidade de a marcação ser feita pelo próprio usuário com fichas de encaminhamento, muitas vezes sem nenhuma indicação de serviço de referência, ficando a encargo do próprio usuário ‘escolher’ a unidade de saúde que buscará na tentativa de conseguir atendimento.

No que concerne ao acesso a exames para grupos populacionais prioritários, os resultados demonstraram que a grande maioria das equipes, exceto aquelas situadas na região Norte, afirmou garantir exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e, seja qual for o contexto observado, para todos os exames indicados para o acompanhamento do pré-natal, tais como glicemia de jejum, sorologia para sífilis e para HIV. Ao mesmo tempo, ao selecionarmos uma variável

marcadora da qualidade do acesso a exames de apoio diagnóstico, a maior parte das usuárias que tiveram indicação para realização de mamografia afirmou que conseguiram realizar o exame. Esses resultados contrastam com achados de outros estudos que descrevem um cenário não tão positivo<sup>17</sup>. Estudo realizado em uma região desenvolvida do estado de São Paulo mostra insuficiência na oferta de exames essenciais, induzindo usuários, em muitas situações, a procurarem serviços privados<sup>17</sup>. Outro estudo realizado em três municípios com mais de 100 mil habitantes no estado da Bahia detectou que algo em torno de 40% das usuárias tiveram que recorrer a serviços privados para a realização de exames de análises clínicas<sup>8</sup>.

A existência de referências, fluxos e processos organizativos da RAS, estabelecendo responsabilidades de cada ator, protocolos clínicos que qualifiquem a gestão do cuidado e encaminhamentos entre os pontos de atenção, bem como diretrizes que favoreçam uma navegação mais fluída dos usuários na rede, pode ser extremamente importante para a ampliação da capacidade de a AB exercer a coordenação do cuidado<sup>17,18</sup> – e em situações nas quais a definição desses fluxos passa por processos de discussão e pactuação entre os atores envolvidos, o engajamento e a efetivação do que é pactuado ganha maior chance de se materializar. A necessidade do estabelecimento desses fluxos se torna ainda mais premente quando se trata da gestão do cuidado de pessoas em condições crônicas, que demandam múltiplos serviços e intervenções<sup>21,28</sup>. Principalmente para esses casos, um sistema de saúde fragmentado submete usuários a descuido, sofrimento e complicações que podem comprometer gravemente sua situação de saúde.

Como pudemos observar a partir dos dados apresentados, houve um significativo aumento na prevalência de equipes que informaram haver referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede, para uma seleção de situações de saúde, demonstrando

o esforço de gestores e trabalhadores para conformar suas estruturas de gestão e gestão do cuidado em direção a uma maior capacidade coordenadora da AB. A melhoria foi ainda mais expressiva naqueles contextos em que a situação verificada em 2012 era pior, como nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e em menores localidades que dependem de uma capacidade de articulação ainda mais complexa, dado que exige processos decisórios que extrapolam as fronteiras dos municípios<sup>8,29</sup>. Contudo, é necessário que investigações avaliem mais profundamente a qualidade do funcionamento desses fluxos, pois, como indicam alguns estudos, embora haja fluxos assistenciais estabelecidos, em algumas realidades, os meios de integração são restritos a mecanismos convencionais de referência e contrarreferência, tratados de maneira burocrática e sem posicionar a AB como ponto de coordenação<sup>17</sup>.

Ao analisarmos aspectos relacionados com a coordenação clínica do cuidado, houve elevação na proporção de equipes que programam consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e organizam os encaminhamentos das gestantes a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, principalmente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, e em médios e pequenos municípios. A utilização de instrumentos de planejamento e protocolos, incluindo os de encaminhamento, que considerem critérios de risco e vulnerabilidade e que não sejam enrijecedores das práticas dos profissionais de saúde pode contribuir para a qualificação do cuidado ofertado aos usuários; e, se associados a dispositivos de integração da rede, tais instrumentos podem aumentar a resolutividade da AB e qualificar os encaminhamentos, evitando referenciamentos desnecessários.

Por fim, os resultados relacionados com a 'continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede' apontam, de maneira geral, para uma melhora nos mecanismos de troca de informação entre os profissionais. A proporção de equipes que utilizam PE apresentou um forte salto. É consenso na literatura

a importância de implementar mecanismos informatizados de registro, utilização e recuperação dos dados nos estabelecimentos de saúde, na perspectiva de otimizar e qualificar as ofertas de saúde, assim como a segurança nas práticas clínicas. A ampliação do acesso a informações clínicas mais relevantes, no que diz respeito às condições de saúde e da evolução de uma determinada situação de um usuário, aumenta a possibilidade de os profissionais de saúde tomarem melhores decisões na gestão do cuidado<sup>30-32</sup>.

O uso de PE na AB potencializa, sobretudo, a coordenação do cuidado, uma vez que permite aos profissionais acessarem informações mais detalhadas, e em tempo oportuno, de ações e intervenções em saúde realizadas nos próprios serviços de AB, bem como em outros níveis de atenção, de maneira a efetivar a concepção de que a AB deve operar como centro de comunicação da rede assistencial<sup>20,24,23</sup>. O forte avanço no número de equipes utilizando PE, com grande destaque para os menores municípios e para as regiões Sul e Centro-Oeste, está associado à disponibilização de ferramenta por parte do MS que, desde 2013, passou a fornecer um PE (e-SUS AB) de maneira gratuita, associada a estratégias de apoio à sua utilização<sup>33,34</sup>. Os dados do PMAQ-AB convergem para os registros administrativos do MS que, em 2018, apresentava um resultado no qual 49% das UBS utilizavam alguma ferramenta informatizada para o registro de suas ações<sup>33</sup>. No entanto, um desafio ainda mais complexo para garantir a troca de informações entre a AB e outros níveis de atenção é a integração entre os diferentes sistemas utilizados nos pontos de cuidado, que ainda se encontram em um estágio muito incipiente no País<sup>35</sup>.

Na mesma dimensão, a existência de fluxos regulares de comunicação entre a AB e a atenção especializada é indicada pela literatura como elemento essencial para a coordenação assistencial<sup>8,9,23</sup>. Contudo, neste estudo, verificou-se que, apesar do conhecimento de sua importância, o fluxo de comunicação

mais recorrente ainda segue sendo as fichas de referência e contrarreferência. Outrossim, a dinâmica de interação entre os profissionais permanece muito restrita, expondo que, apesar da melhora observada, persiste um quadro no qual o contato constante entre os trabalhadores dos diferentes pontos da rede se configura mais como exceção do que como regra. Além disso, são notáveis a rotatividade de colaboradores nos serviços especializados e a falta de compreensão sobre o funcionamento da rede de atenção, especialmente por parte desses profissionais.

Faz-se necessário reconhecer que o PMAQ-AB era uma política que previa incentivo financeiro às equipes, que estimulava o fortalecimento do interesse em conhecer melhor o funcionamento do sistema único de saúde, das redes de atenção, o que contribuiu para a melhoria da capacidade de coordenação da AB. Todavia, continua havendo muitas dificuldades para acessar os demais níveis de atenção, sobretudo os serviços hospitalares em diversas regiões do País.

Das limitações do estudo, apesar de a maior parte das eSF existentes no Brasil ter participado do PMAQ-AB, a amostra das equipes utilizada no estudo não é completamente aleatória. Do mesmo modo, como ocorreram mudanças nos instrumentos entre os ciclos avaliados, importantes questões relacionadas com a coordenação do cuidado, que poderiam permitir um maior aprofundamento das análises realizadas, não puderam ser mobilizadas, tais como questões associadas a tempo de espera entre o encaminhamento e o acesso a serviços em outros pontos de atenção e o funcionamento dos fluxos para o atendimento de usuários na RAS.

É importante destacar que a substituição, em 2019, do PMAQ-AB pelo Previn Brasil tem trazido diversos prejuízos à qualidade da AB, particularmente pelo processo de desfinanciamento causado pelo novo modelo de alocação<sup>36,37</sup>. Além disso, registram-se as perdas em relação às avaliações de processo proporcionadas pelo PMAQ-AB, que, apesar

de todas as dificuldades na sua implementação, proporcionaram melhoria na qualidade, no acesso e na equidade<sup>37</sup>. Particularmente, o PMAQ-AB, por meio da avaliação externa e da autoavaliação, produziu melhorias nos processos de trabalho – resultando na ampliação do acesso<sup>37</sup>, mediante o acolhimento, e da qualidade do cuidado – que possibilitaram avanços na coordenação do cuidado e melhoria na integração nas RAS.

Resta lembrar, também, que, com a interrupção do financiamento das equipes Nasf-AB no governo passado, o componente multiprofissional foi enfraquecido, sobretudo as atividades de matriciamento, planejamento conjunto e responsabilidades compartilhadas para maior resolutividade do cuidado<sup>38</sup>, que são fundamentais para garantir a coordenação do cuidado e integração nas RAS.

## Conclusões

Verificou-se que o PMAQ-AB proporcionou, no período de 2012 e 2018, avanços importantes na capacidade de a AB exercer a função coordenadora nas RAS, particularmente no que tange à melhoria no ordenamento de fluxos assistenciais, propiciando melhor gestão do cuidado, alguns avanços na continuidade informacional e nos fluxos de comunicação com a rede, e no acesso aos serviços especializados, desenvolvidos por meio de estabelecimento de relações entre os diversos participantes da RAS. Ainda assim, a AB precisa ser aperfeiçoada, particularmente com os demais níveis de atenção.

## Colaboradores

Sousa ANA (0000-0002-8698-1347)\* contribuiu para organização dos dados, redação da versão preliminar do artigo, revisão e aprovação do artigo. Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)\* contribuiu para concepção, análise e revisão final do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120
2. 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* 2004;20(supl2):S331-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>
3. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(6):2753-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
6. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13(esp):6-15. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
7. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(65):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>
8. Almeida PF, Santos AM. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública*. 2016;50(80):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006602>
9. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* 2018;42(esp1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
10. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica - Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 maio 29]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
11. 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. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2007.127480>
12. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impacto f primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349(g4014):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
13. Ceccon RF, Meneghell SN, Vecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):968-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>
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. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmp1501140>
15. 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;15:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12939-016-0440-7>
16. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>



17. 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 coletiva*. 2017;22(4):1141-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
18. 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*. 2018;34(2):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>
19. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(12):4643-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
20. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>
21. Aleluia ITS, 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 coletiva*. 2017;22(6):1845-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
22. Cruz MJB, Santos AF, Araújo LHL, et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004019>
23. 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(esp):13-33. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>
24. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. *Trab Educ Saúde*. 2017;15(2):373-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol000064>
25. 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.
26. Araújo Neto JD, Albuquerque IMN, Lira GV, et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis*. 2018;28(4):1-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>
27. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis*. 2012;21(1):119-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
28. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg saúde debate*. 2014;51:14-29.
29. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc*. 2016;25(2):320-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>
30. Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, et al. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(163):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-163>
31. Marín HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J Health Inform [Internet]*. 2010 [acesso em 2024 maio 15];2(1):20-24. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>
32. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, et al. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. *Saúde debate [Internet]*. 2013 [acesso em 2024 maio 15];37(96):43-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xLMq3HyhgqNwhX6y3jppNff/?format=pdf&lang=pt>



33. Sousa AN, Cielo AC, Gomes IC, et al. Estratégia E-SUS AB: transformação digital na atenção básica no Brasil. In: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2018 [Internet]. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2019 [acesso em 2024 maio 15]. p. 29-36. Disponível em: [https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic\\_saude\\_2018\\_livro\\_eletronico.pdf](https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic_saude_2018_livro_eletronico.pdf)
34. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):289-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>
35. Leão BF. O desafio brasileiro para o uso de padrões em informática em saúde. *J health inform* [Internet]. 2017 [acesso em 2024 maio 15];(9)2:I-II. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/577/311>
36. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(2):e00164621. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
37. Dantas Gurgel G Junior, Kristensen SR, et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: a comparison with england's quality outcomes framework and lessons for the future. *Health Policy*. 2023;128:62-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.004>
38. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*. 2023;47(137):13-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>

---

Recebido em 03/07/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Luciana Sepúlveda Köptcke

# SAÚDE EM DEBATE

## Diretrizes para autores

### Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

## 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 apótem 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.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

## POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

## DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

## CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

## POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível 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 reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

## POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

### Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

### Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

## POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

### 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 Helsink, 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 devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

### Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. 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 a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

### Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

## Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

## Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. 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 editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, 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*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

## ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://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

**Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**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.

**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.

**Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

**Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

**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.

**Entrevista:** texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

**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

#### Na primeira página:

**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](http://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.

### No corpo do texto:

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' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

### 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 sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser 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 serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do *e-mail* da revista ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

### RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo *e-mail* [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por *e-mail*, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

## **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 devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar 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.

### **3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO**

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

## **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.

## **POLÍTICA DE PRIVACIDADE**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

## **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

## Authors' Guidelines

*Instructions for preparing and submitting articles*

UPDATED MAY 2023

---

### EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

### INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

### COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

### FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

### OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

### OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

#### Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

#### Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.



## RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

### Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

### Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

### Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

### Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

### Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

## EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

## GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

### Types of texts accepted for publication

**Original article:** The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

**Essay:** A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

**Systematic or integrative review:** Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

**Opinion article:** Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

**Case study:** Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

**Critical review:** Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

**Interview:** Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

**Document and testimonial:** Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

### Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

### The text should include

#### On the first page:

**Title:** that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

**Keywords:** at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registration of clinical trials:** 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

### **In the text body:**

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

**Introduction:** with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

**Material and methods:** described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

**Results and discussion:** can be presented together or in separate items.

**Conclusions or final considerations:** which depend on the research type.

**References:** should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

### **OBSERVATIONS**

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

### **ERRATA:**

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

### **COMPLAINTS AND APPEALS:**

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br). Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

### **DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION**

#### **1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright**

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

#### **2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion**

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

### **3. Open Science Compliance Form – SciELO**

Authors must complete the form: [https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form\\_en.docx](https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx), and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL**

### **1. Spelling and Grammar Review Declaration**

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

### **2. Translation Declaration**

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

## **PRIVACY POLICY**

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

## **ADDRESS FOR CORRESPONDENCE**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

## Directrices para los autores

*Instrucciones para preparar y enviar artículos*

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

---

### POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

### POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

### DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

### COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

### POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

### POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

#### Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

#### Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta - SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como 'Componentes del artículo - Documento adicional'.

## **POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La revista adopta los 'Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas' recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La 'Saúde em Debate' sigue la 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

### **Ética en la investigación con seres humanos**

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta 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 cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección 'Material y métodos', el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

### **Política antiplagio**

La revista 'Saúde em Debate' adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

## **Conflicto de intereses**

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

## **Autoría y contribución**

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: 'Introducir los metadatos - Autoría y colaboradores/as - Añadir colaborador/a', conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem 'Colaboradores', ubicado antes de las referencias.

## **Financiación**

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## **PROCESO DE EVALUACIÓN**

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

## DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

## Tipos de textos aceptados para publicación

**Artículo original:** resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

**Ensayo:** análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

**Informe de experiencia:** descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

**Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

**Entrevista:** texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

**Documento y testimonio:** trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

**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 envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.



Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

## El texto debe contener

### En la primera página:

**Título:** expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras clave:** al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

### En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

**Introducción:** con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

**Material y métodos:** descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

**Resultados y discusión:** pueden presentarse juntos o en ítems separados

**Conclusiones o consideraciones finales:** depende del tipo de investigación realizada.

**Referencias:** deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

## COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

## FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

## QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

## LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

### 1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

### 2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

## 3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: [https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta\\_es.docx](https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx), y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

### 1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

### 2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

## DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

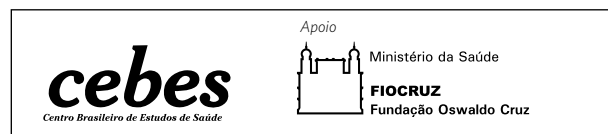
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



## INDEXAÇÃO | INDEXATION

Diadorim  
Directory of Open Access Journals (Doaj)  
Capes Periódicos  
Google Acadêmico  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)  
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)  
Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras  
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)  
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

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



## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)

#### NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente: Carlos Fidelis da Ponte  
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo  
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Diretores Executivos: Ana Maria Costa  
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello  
Jamilli Silva Santos  
Matheus Zuliane Falcão  
André Luiz da Silva Lima

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)  
Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo  
Iris da Conceição

#### Suplentes | Substitutes

José Leonidio Madureira de Sousa Santos  
Maura Vanessa Silva Sobreira  
Maria Lúcia Freitas Santos

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota  
Carla Daniele Straub  
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
Dimitri Taurino Guedes  
Helena Rodrigues Corrêa Filho  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lizaldo Andrade Maia  
Lucia Regina Florentino Souto  
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Maria Edna Bezerra da Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Ronaldo Teodoro dos Santos  
Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

### GESTORA FINANCEIRA | FINANCIAL MANAGER

Cristina Santos

### EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Matheus Zuliane Falcão  
Clara Fagundes  
Francisco Barbosa  
Fernanda Regina da Cunha

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Cel.: (21) 97198-8249

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto: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, 2024.

v. 48. n. Especial 2; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

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](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)