

ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA

A REFORMA INCREMENTAL DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2011 E  
2016: O PROCESSO DE MUDANÇAS E POSSÍVEIS  
RESULTADOS ASSOCIADOS

BRASÍLIA – DF, 2020

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

ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA

A REFORMA INCREMENTAL DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2011 E  
2016: O PROCESSO DE MUDANÇAS E POSSÍVEIS  
RESULTADOS ASSOCIADOS

Tese apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Doutor em  
Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade de Brasília.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

Brasília – DF

2020

ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA

A REFORMA INCREMENTAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
DO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2011 E 2016: O PROCESSO DE  
MUDANÇAS E POSSÍVEIS RESULTADOS ASSOCIADOS

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 31 de julho de 2020

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu – (presidente)  
Departamento de Saúde Coletiva / Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva  
Departamento de Saúde Coletiva / Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz Pernambuco

---

Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz Brasília

---

Dr. Luciano José Arantes – (suplente)  
Secretaria de Saúde de Unaí - MG

*Aos meus pais, Antonio e Maria do Céu, meus  
irmãos Artur e Aline, minha companheira  
Aliadne e minhas amadas filhas Lis e Sofia.*

## AGRADECIMENTOS

Sou muito grato a todos que, em diferentes momentos e por diferentes razões, fizeram parte da história que me conduziu até a conclusão deste trabalho. Familiares, amigos, colegas e professores que, cada um ao seu modo, foram fonte de apoio e motivação. Desde quando decidi enfrentar o desafio de realizar um doutorado, foram muitos os obstáculos, mas ainda maiores foram o apoio e o desejo de contribuir com o acúmulo do conhecimento numa área tão relevante para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, que é o campo da saúde coletiva.

Conciliar o complexo exercício da gestão com as exigências que a reflexão acadêmica tanto requer não foi uma tarefa exatamente fácil, mas encontrei no departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília ambiente favorável para os bons debates e inspirações acadêmicas necessárias para o desenvolvimento desta tese. Agradeço muito a professora Helena Shimizu que, com muita paciência e dedicação, me orientou e procurou me guiar na direção que tornaria viável a realização deste trabalho.

No Ministério da Saúde, local onde tenho dedicado boa parte do meu tempo e energia trabalhando em defesa do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, tive a oportunidade e o privilégio de conviver com amigos e colegas que contribuíram com a reflexão de questões que foram muito relevantes para o amadurecimento de ideias presentes nesta tese. Não me atrevi a citar nomes para evitar o risco de esquecer alguém que foi muito importante e depois não conseguir me perdoar por isso.

Sou também muito grato aos meus pais que sempre foram e continuam sendo fonte de inspiração para tudo que faço. Com eles aprendo a sonhar e ter a esperança de que é possível construir um mundo melhor, mesmo diante das infindáveis adversidades que a vida impõe. Ao meu irmão Artur, que por várias vezes emprestou seus conhecimentos como estatístico e contribuiu com concepção e escrita de um dos artigos que integram esta tese.

Por fim, não tenho sequer como agradecer ao amor que todos os dias recebi de minha companheira Aliadne e filhas Lis e Sofia, tão necessário para garantir o equilíbrio emocional e afetivo que precisei para conseguir concluir este trabalho. Nos dias mais difíceis, olhar para o lado e vê-las não deixou que eu desanimasse, ao contrário, me fez sentir ainda mais gana de seguir adiante. Aliadne, além de parceira de vida, também foi responsável, em nossos longos diálogos sobre a atenção básica,

por importantes pensamentos e análises que influenciaram alguns caminhos percorridos. Lis e Sofia, apesar de tão pouca idade, souberam compreender as ausências do pai, principalmente na reta final em que, além de ausências mais longas e frequentes, tiveram que aprender a viver em isolamento social por conta da pandemia da covid-19.

A todos, muitíssimo obrigado!

## RESUMO

O objetivo do presente estudo é analisar o processo de reforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil de 2011 e possíveis resultados na melhoria da qualidade da atenção básica (AB) que possam estar associados às mudanças implementadas. Estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, organizado em três etapas de desenvolvimento. Na primeira etapa foi realizada análise do conteúdo de documentos oficiais publicados por atores institucionais envolvidos com o processo de revisão da PNAB de 2011. Na segunda etapa foi desenvolvida análise descritiva transversal e longitudinal, a partir da utilização da base de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos. Na terceira etapa foi desenvolvida análise de delineamento ecológico e longitudinal com uso de dados secundários do PMAQ e dados demográficos, socioeconômicos e de disponibilidade de serviços de AB. Os resultados encontrados no presente trabalho sugerem ter ocorrido, ao longo da década de 2010, importante processo de inflexão no funcionamento da AB no Brasil, com aumento do acesso e qualificação da oferta de serviços básicos de saúde em todos os contextos estudados. O vetor geral daquilo que a AB produziu ao longo do período estudado é em direção a mais e melhor acesso, integralidade e coordenação do cuidado. O contexto regional e demográfico seguem sendo fator explicativo para os limites e possibilidades da implementação de padrões esperados de qualidade da AB. Equipes situadas nas regiões mais desenvolvidas e maiores municipalidades tendem a obter melhores resultados para qualidade geral da AB e, ao mesmo tempo, os resultados demonstraram que foram nas regiões mais pobres e menores municípios que, de forma geral, foram constatados os maiores avanços para todas as dimensões estudadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica; Política Pública; Avaliação em Saúde; Reforma dos Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Acolhimento; Assistência Integral à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Integração de Sistemas; Qualidade da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

The objective of study is to analyze the reform process of the National Primary Care Policy (PNAB) in Brazil in 2011 and possible results in improving the quality of primary care (PC) that may be associated with the changes implemented. Study of qualitative and quantitative approach, organized in three stages of development. In the first stage, an analysis of the content of official documents published by institutional actors involved in the review process of the PNAB 2011 was carried out. In the second stage, a transversal and longitudinal descriptive analysis was developed, using the secondary database of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ), 1st (2012) and 3rd (2018) cycles. In the third stage, an ecological and longitudinal design analysis was carried out using secondary data from the PMAQ and demographic, socioeconomic data and the availability of PC services. The results found in the present work suggest that, during the decade of 2010, there was an important inflection process in the functioning of PC in Brazil, with increased access and qualification of the provision of primary health services in all contexts studied. The general vector of what PC has produced over the study period is towards more and better access, integrality and coordination of care. The regional and demographic context continues to be an explanatory factor for the limits and possibilities of implementing the expected quality standards of PC. Teams located in more developed regions and larger municipalities tend to obtain better results for the general quality of PC and, at the same time, the results have shown that it was in the poorest regions and smallest municipalities that, in general, the greatest advances were observed for all dimensions studied.

**KEY-WORDS:** Primary Health Care; Public Policy; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Care Reform; Health Services Accessibility; User Embracement; Comprehensive Health Care; Continuity of Patient Care; Systems Integration; Quality of Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Figura 1.</b>  | Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), Brasil, 1998-2018 .....  | 29 |
| <b>Figura 2.</b>  | Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), por porte populacional, Brasil, 1998-2018 .....                      | 30 |
| <b>Figura 3.</b>  | Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), 1998-2018 .....  | 31 |
| <b>Artigo 2 -</b> | <b>Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018)</b> |    |
| <b>Figura 1.</b>  | Dimensões e subdimensões de análise .....  | 81 |

## LISTA DE QUADROS

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| <b>Quadro 1.</b>  | Abordagens da Atenção Primária em Saúde .....   | 25 |
| <b>Artigo 1 -</b> | <b>O processo de reforma da Política Nacional de Atenção Básica de 2011 no Brasil</b> |    |
| <b>Quadro 1.</b>  | Características da Política Nacional de Atenção Básica Anterior e Pós a Reforma ..... | 63 |

## LISTA DE TABELAS

|   |  |     |
|---|--|-----|
| <b>Tabela 1.</b>  | Equipes participantes do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos PMAQ e usuários entrevistados .....  | 44  |
| <b>Tabela 2.</b>  | Amostra de equipes e usuários entrevistados, 1º (2012) e 3º (2018) ciclos do PMAQ .....  | 45  |
| <b>Tabela 3.</b>  | Distribuição das equipes da amostra e usuários entrevistados, por Região e Porte Populacional .....  | 45  |
| <b>Tabela 4.</b>  | Dimensões e subdimensões de análise .....  | 46  |
| <b>Tabela 5.</b>  | Variáveis selecionadas, por dimensão e subdimensão .....   | 47  |
| <b>Tabela 6.</b>  | Variáveis selecionadas para a composição do Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB) e peso relativo para cada variável .....                               | 51  |
| <br><b>Artigo 2 - Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018)</b> |  |     |
| <b>Tabela 1.</b>  | Estrutura Física e Arquitetônica e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 ..... | 84  |
| <b>Tabela 2.</b>  | Dias e Horários de Funcionamento e Organização da Agenda, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....            | 86  |
| <b>Tabela 3.</b>  | Dias e Horários de Funcionamento e Organização da Agenda, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....                          | 88  |
| <b>Tabela 4.</b>  | Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....  | 89  |
| <br><b>Artigo 3 - Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018)</b>                     |  |     |
| <b>Tabela 1.</b>  | Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 ..... | 105 |
| <b>Tabela 2.</b>  | Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 ..... | 106 |

|                   |  |     |
|-------------------|--|-----|
| <b>Tabela 3.</b>  | Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....   | 108 |
| <b>Artigo 4 -</b> | <b>Coordenação do Cuidado e Integração dos Serviços de Atenção Básica com a Rede de Atenção à Saúde no Brasil (2012-2018)</b>  |     |
| <b>Tabela 1.</b>  | Apoio de outros profissionais, regulação e acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico na Rede de Atenção à Saúde, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 ..... | 125 |
| <b>Tabela 2.</b>  | Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....   | 127 |
| <b>Tabela 3.</b>  | Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018 .....   | 128 |
| <b>Tabela 4.</b>  | 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 .....                                  | 129 |
| <b>Artigo 5 -</b> | <b>Avaliação do Acesso, integralidade e coordenação do cuidado na Atenção Básica no Brasil (2012 – 2018)</b>   |     |
| <b>Tabela 1.</b>  | Variáveis selecionadas para a composição do Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB) e peso relativo para cada variável .....   | 145 |
| <b>Tabela 2.</b>  | Distribuição de frequência das variáveis que compõem o IQGAB para 2012 e 2018, e variação no período .....   | 149 |
| <b>Tabela 3.</b>  | Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e do IQGAB, 2012 e 2018 .....   | 152 |
| <b>Tabela 4.</b>  | Associação entre o IQGAB e variáveis sócio-demográficas selecionadas, 2012 e 2018 .....  | 154 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>AB</b>       | Atenção Básica   |
| <b>ACS</b>      | Agentes Comunitários de Saúde  |
| <b>APS</b>      | Atenção Primária em Saúde  |
| <b>CAPS</b>     | Centros de Atenção Psicossocial  |
| <b>CIT</b>      | Comissão Intergestores Tripartite  |
| <b>CNS</b>      | Conselho Nacional de Saúde   |
| <b>Conasems</b> | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde                     |
| <b>Conass</b>   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                                |
| <b>ESF</b>      | Estratégia Saúde da Família  |
| <b>IBGE</b>     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                          |
| <b>IDHM</b>     | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal                               |
| <b>IQGAB</b>    | Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica                              |
| <b>MS</b>       | Ministério da Saúde  |
| <b>NASF</b>     | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica                     |
| <b>OMS</b>      | Organização Mundial da Saúde   |
| <b>PAB</b>      | Piso de Atenção Básica   |
| <b>PACS</b>     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                                |
| <b>PICs</b>     | Práticas Integrativas e Complementares                                   |
| <b>PMAQ</b>     | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| <b>PMM</b>      | Programa Mais Médicos  |
| <b>PNAB</b>     | Política Nacional de Atenção Básica                                      |
| <b>PSF</b>      | Programa Saúde da Família  |
| <b>RAS</b>      | Redes de Atenção à Saúde   |
| <b>SES</b>      | Secretarias de Estado da Saúde   |
| <b>SF</b>       | Saúde da Família   |
| <b>SUS</b>      | Sistema Único de Saúde   |
| <b>UBS</b>      | Unidade Básica de Saúde  |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....  | 16 |
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | 18 |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....  | 21 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....   | 21 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 21 |
| <b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....  | 22 |
| 3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....  | 22 |
| <b>3.1.1 Concepções histórico-políticas</b> .....  | 22 |
| 3.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL .....   | 26 |
| <b>3.2.1 Origens da Atenção Básica no Brasil: Primeiras iniciativas, focalizadas e seletivas</b> .....     | 26 |
| <b>3.2.2 A Constituição de 1988 e a consolidação dos princípios de uma Atenção Básica abrangente</b> ..... | 27 |
| <b>3.2.3 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica no Brasil</b> .....                                     | 32 |
| 3.2.3.1 Territorialização, responsabilização sanitária e adscrição .....                                   | 32 |
| 3.2.3.2 Acesso, acolhimento e porta de entrada preferencial do sistema de saúde .....                      | 33 |
| 3.2.3.3 Cuidado integral .....   | 34 |
| 3.2.3.4 Gestão e coordenação do cuidado integrado às Redes de Atenção à Saúde .....                        | 35 |
| 3.2.3.5 Cuidado Longitudinal .....   | 35 |
| 3.2.3.6 Trabalho em equipe multiprofissional .....   | 36 |
| 3.3 MUDANÇA POLÍTICA NO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....                                       | 37 |
| <b>3.3.1 Institucionalismo e o processo de mudança</b> .....   | 38 |
| <b>3.3.2 A abertura de janelas de oportunidades para a transformação gradual sem ruptura</b> .....         | 39 |
| <b>4. MÉTODOS</b> .....  | 42 |

|  |            |
|--|------------|
| 4.1 ETAPA 1 .....  | 42         |
| 4.2 ETAPA 2 .....  | 43         |
| 4.3 ETAPA 3 .....  | 50         |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>54</b>  |
| 5.1 O PROCESSO DE REFORMA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA DE 2011 NO BRASIL .....   | 55         |
| 5.2 COMO OS BRASILEIROS ACESSAM A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: EVOLUÇÃO E ADVERSIDADES NO PERÍODO RECENTE (2012-2018) .....          | 76         |
| 5.3 INTEGRALIDADE E ABRANGÊNCIA DA OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (2012-2018) .....                              | 100        |
| 5.4 COORDENAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL (2012-2018) ..... | 119        |
| 5.5 AVALIAÇÃO DO ACESSO, INTEGRALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (2012-2018) .....                    | 141        |
| <b>6. CONCLUSÃO .....</b>  | <b>164</b> |
| <b>7. REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>167</b> |

## APRESENTAÇÃO

Uma questão que todo pesquisador se faz, ou ao menos deveria se fazer, é qual o propósito do seu empreendimento científico? Desde a formulação do projeto de pesquisa, e durante todo o itinerário do seu esforço é preciso que haja clareza a respeito de seus intentos. Para o meu caso, qual seria então esse propósito? Por qual motivo e para quê, neste momento da minha vida, me dedicar a estudar o movimento de transformações que a política de atenção básica vinha sofrendo. Ainda na fase de elucubração do projeto de pesquisa que seria submetido à seleção do doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, me pus a questionar sobre isso e, por diversos momentos, cheguei a duvidar sobre a relevância e possibilidade de se executar um projeto com aquela feição que se desenhava em minha mente. No final das contas, resolvi que faria sentido e me convenci de que era não apenas relevante, mas também necessário que me dedicasse àquela proposta.

Para além das justificativas teóricas e empíricas tipicamente encontradas nos escritos acadêmicos, que obviamente também valem para o meu caso, percebi que haviam outras questões que me mobilizavam. Nascido e criado em uma cidade que precisa ser reconstruída a cada 1.000 dias, parafraseando a minissérie dirigida por Fernando Honesko (*Mil dias: A saga da construção de Brasília*), entre idas e vindas de políticos, acadêmicos, gestores e todo tipo de gente interessada em fazer prevalecer seus interesses econômicos e políticos, carregando em suas bagagens projetos, aspirações, vontades e, às vezes, até mesmo sonhos; e em um lar fortemente influenciado pelo ímpeto de um pai engajado na luta política em defesa da classe trabalhadora, me habituei a interagir com temas e fenômenos que mais adiante seriam grandes influenciadores das minhas escolhas profissionais e acadêmicas.

Formado no curso de ciência política da Universidade de Brasília, com mestrado na mesma área na Universidade Federal de Minas Gerais, passei a me dedicar a assuntos associados à gestão pública, mais precisamente à avaliação e aos processos de mudança política. Por força das circunstâncias, iniciei um longo envolvimento com o tema da saúde, o que me levou até a gestão federal, lugar onde tenho dedicado muito de minha energia profissional, desde 2005, quando ingressei como técnico da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

Foi no primeiro ano do mandato da Presidenta Dilma Rousseff, em 2011, que comecei a coordenar as iniciativas de monitoramento e avaliação das prioridades do DAB, quando assumi a gestão da CGAA, lugar no qual me dediquei prioritariamente a conduzir os esforços de formulação, implementação e gestão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Muito embora não tenha participado diretamente do processo de formulação das mudanças que passariam a constituir a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), respirava, cotidianamente, os ares de uma época em que a AB ganhava muita centralidade na agenda governamental e vivia um momento de efervescência no debate público sobre seus resultados, desafios e possibilidades de aprimoramento. Esse contato, associado a observação diária de que parecia estar ocorrendo algo relevante para a história da AB no Brasil, muito provavelmente foi o que disparou em mim o apetite por estudar, com maior distanciamento, aquilo que estava ocorrendo e quais seriam os resultados daquelas tantas mudanças que passaram a integrar a PNAB.

Contudo, havia um importante desafio pela frente, mediar a tensão entre conhecimentos e impressões adquiridos durante a minha vivência profissional na gestão e o esforço em me afastar do objeto a uma distância que permitisse a isenção necessária para viabilizar um estudo que respeitasse o rigor acadêmico que se exige na feitura de uma tese de doutorado. Para ajudar nesse processo, me afastei das atividades profissionais e me dediquei a realizar leitura profunda dos documentos que descreviam o que havia ocorrido durante o período que estava analisando, assim como estudos que procuravam criticar e revelar resultados de iniciativas que integravam a pauta de mudanças na política de atenção básica do país.

Agora, olhando retrospectivamente e levando em consideração aquilo que a conjuntura nacional abruptamente impôs às políticas sociais nos últimos anos, fiquei ainda mais convencido de que meu esforço em estudar o que havia acontecido nos 2010 era muito relevante para colaborar com o debate nacional a respeito das necessidades de aperfeiçoamento de uma política tão central para a consolidação do Sistema Único de Saúde e tão importante para contribuir na construção de um país mais saudável, justo e igualitário.

## 1. INTRODUÇÃO

A marcha da humanidade rumo à construção de sistemas de saúde que fossem capazes de acolher as necessidades de seu povo ganhou velocidade a partir do momento em que Estados nacionais passaram a assumir protagonismo na construção de políticas públicas de saúde após a II Guerra Mundial<sup>1</sup>.

Em disputa com a concepção de saúde liberal, emergiram movimentos em defesa de princípios que imputaram ao Estado a responsabilidade de organizar sistemas de saúde que não fossem dirigidos pelas lógicas convencionais de mercado, e em defesa da Atenção Básica (AB) como centro de articulação e organização das estruturas de saúde, que foram se materializando a partir de experiências vivenciadas na segunda metade do século XX<sup>2</sup>.

Desde então, evidências foram demonstrando que sistemas de saúde com AB qualificada são capazes de produzir importantes efeitos sobre as condições de vida e de saúde da população. Sistemas orientados pela AB apresentam melhores indicadores gerais de saúde da população<sup>3</sup>, são economicamente mais eficientes, com níveis mais baixos de pressão por aumento de gastos em saúde, na medida em que apresentam menores taxas de adoecimento e mais baixas taxas de hospitalizações evitáveis<sup>4-6</sup>, reduzem taxas de mortalidade infantil e adulta, para condições sensíveis à AB<sup>5-8</sup>, contribuem para a diminuição de desigualdades socioeconômicas e aumentam a satisfação dos usuários<sup>9</sup>.

No Brasil, os arranjos institucionais e políticas sociais que antecederam a Constituição de 1988 possuíam um caráter de proteção social marcadamente seletiva, com excessiva centralização dos recursos e da capacidade decisória no governo nacional, com inequívoca fragmentação e superposição de políticas e programas convencionalmente ineficientes e contaminados por características patrimonialistas, clientelísticas e particularistas<sup>10</sup>.

A progressiva contestação política a esse cenário produziu importantes movimentos que geraram transformações no modo como o Estado passou a se posicionar frente aos problemas sociais no país. Entre eles, o movimento pela construção de um sistema universal, público e gratuito de saúde ganhou relevo e ocupou amplo espaço no processo de reconstrução democrática. O Movimento da Reforma Sanitária não só contestava o arcabouço institucional em que se inseriam as

intervenções públicas no campo da saúde, como também formulou diretamente as bases do que viria a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>11</sup>.

O SUS emerge num contexto histórico no qual a extensão dos direitos sociais se apresenta como elemento central no processo de produção do marco institucional após o período autoritário vivenciado pelo país entre 1964 e 1988. A luta pela ampliação dos direitos sociais, que garantissem o aumento do bem-estar da sociedade passou a integrar o rol de condições necessárias para a construção da democracia no Brasil. Institucionalmente, pela primeira vez, o conceito de democracia, para além de um regime político, passou a incorporar de maneira clara as aspirações materiais e sociais da população brasileira<sup>12</sup>.

Nesse contexto, importantes estratégias foram sendo gestadas no âmbito do SUS com o intuito de promover seus princípios e, dentre elas, a AB se destaca por sua capilaridade e capacidade de produzir um deslocamento de uma dada ênfase do cuidado em saúde, quase que exclusivamente centrada nos serviços, para uma perspectiva que considera que as condições de saúde dos indivíduos estão intimamente relacionadas às dimensões sociais, políticas e econômicas em que estão inseridos<sup>13</sup>.

A partir de então, o desenvolvimento da AB no país foi marcado por sua heterogeneidade e por diversificados obstáculos que impuseram grandes dificuldades para a sua ampliação e qualificação. Mas apesar disso, desde a instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Brasil experimentou um período de rápida expansão das coberturas populacionais de AB e a produção de impactos significativos na vida das pessoas<sup>14</sup>.

Apenas 20 anos após a implantação da primeira equipe de saúde da família, a estratégia já era responsável pela cobertura de cerca de 2/3 da população<sup>15</sup>. Nesse período, a AB, além do importante aumento do seu alcance, experimentou relevante acúmulo em sua qualidade, considerando variadas dimensões. Abrangente número de estudos evidenciam os bons resultados produzidos pela ESF demonstrando a sua capacidade de produzir impacto nas condições de saúde da população, ampliando o acesso e a utilização de serviços, principalmente quando se trata de populações com menor renda, aumentando a equidade e a eficiência do SUS<sup>5,16,17</sup>.

A diminuição do ritmo de crescimento e dificuldades para a implantação efetiva do modelo da ESF inseriram na agenda do SUS, no final dos anos 2000, um debate sobre a necessidade de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

principalmente em função do subfinanciamento<sup>18</sup>, das más condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>19</sup>, da escassez e formação inadequada para a atuação na AB da força de trabalho médica<sup>20</sup>, da baixa integração entre a AB e os outros níveis de atenção<sup>21</sup>, e dos arranjos institucionais da política que impunha padrões de implantação considerados muito rígidos e pouco porosos às particularidades dos diferentes contextos<sup>22</sup>.

Na expectativa de contribuir com a compreensão geral dos processos que culminaram com a publicação de uma nova PNAB em outubro de 2011, bem como de possíveis resultados no aperfeiçoamento da AB que possam estar associados a essas mudanças, procuramos no presente estudo indagar sobre quais foram os principais problemas apontados pelos atores institucionais que estiveram envolvidos diretamente ou produziram pressão política para mudanças na PNAB, assim como suas principais proposições para o enfrentamento dos problemas identificados? Quais foram as principais modificações implementadas por meio da nova política? E como a qualidade da AB evoluiu nos anos subsequentes, considerando aspectos relacionados ao acesso, integralidade e gestão do cuidado em diferentes contextos demográficos e socioeconômicos?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de reforma da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil de 2011 e possíveis resultados na melhoria da qualidade da atenção básica que possam estar associados às mudanças implementadas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender as posições dos principais atores institucionais envolvidos no processo de mudança da PNAB em 2011, e seus principais elementos constitutivos, contrastando aspectos que passaram a diferenciar a nova política da anterior.
2. Avaliar elementos relacionados ao acesso, integralidade e coordenação do cuidado na AB, entre os anos de 2012 e 2018, apontando seus principais avanços e mais importantes obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos.
3. Estimar a associação de fatores de contexto demográfico e socioeconômico, assim como de disponibilidade e organização dos serviços, na qualidade da AB, entre os anos de 2012 e 2018.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

A AB consiste num conjunto de práticas em saúde voltadas a atender necessidades individuais e coletivas e que deve funcionar como porta de entrada preferencial e primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde<sup>2,3,23,24</sup>. A partir de uma concepção que trata a saúde como direito dos cidadãos, a AB representa um arranjo assistencial de fundamental importância para a organização de sistemas de saúde que ambicionem a oferta qualificada de atenção<sup>22</sup>.

A literatura nacional e internacional, cada vez mais tem sinalizado a imprescindibilidade da priorização e fortalecimento da AB como fator estruturante para a sustentabilidade de serviços nacionais e universais de saúde que visam assegurar à população serviços acessíveis, acolhedores, integrais e resolutivos<sup>3,9,24,25</sup>.

##### **3.1.1 Concepções histórico-políticas**

As primeiras experiências articuladas de desenvolvimento de práticas de AB em saúde remontam ao início do século XX, quando foi publicado na Inglaterra o relatório Dawson, que já pressupunha a necessidade de organização sistêmica, com base territorial, de níveis hierárquicos de serviços de saúde, com ênfase na AB<sup>23,26</sup>. Os fundamentos conceituais presentes no relatório Dawson foram essenciais para a constituição de um sistema nacional de saúde na Inglaterra que, entre outras coisas, preconizava a universalização do acesso à saúde, logo após a Segunda Guerra Mundial. A experiência inglesa passou a inspirar outras iniciativas de constituição de serviços nacionais de saúde, tendo como pano de fundo o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social na Europa ocidental<sup>27</sup>.

Mas foi em 1978 que ocorreu o evento que historicamente mais passou a influenciar a constituição e organização da AB no mundo, trata-se da conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na cidade de Alma-Ata que, em seu documento declaratório, demarcou os fundamentos daquilo que passaria a ser reconhecido como AB de caráter abrangente e integral, em enfrentamento a

modelos verticais e médico-hegemônicos orientados para uma superespecialização e intervencionismo excessivo<sup>2,23,28</sup>.

A Conferência de Alma-Ata não somente colocou em debate as limitações dos modelos que se propagavam pelo mundo, incluindo intervenções da própria OMS, como apresentou um conjunto de diretrizes que deveriam nortear o esforço das nações e do mundo para a construção de políticas de saúde que pudessem enfrentar as crescentes demandas das populações de maneira sustentável, reforçando a concepção de que a saúde deve ser interpretada como direito de cidadania e colocando a AB no centro estratégico de desenvolvimento dos sistemas de saúde<sup>2,23,28</sup>.

Até Alma-Ata, haviam duas abordagens que diferenciavam as iniciativas de construção de políticas e/ou intervenções em AB, uma de caráter seletivo e focalizado, mais presente nos países pobres, e outra que entende a AB como primeiro nível de atenção, mais encontrada em países ricos e industrializados<sup>9</sup>. A abordagem seletiva foi amplamente defendida por instituições multilaterais de fomento como o Banco Mundial e fundações financiadas por países desenvolvidos como as fundações Rockefeller e Ford, e tem como principal característica a defesa de intervenções focalizadas e de alto impacto para a população mais pobre e no controle de doenças, principalmente em regiões endêmicas, com o estabelecimento de um pacote de medidas de baixo custo, tais como terapia de reidratação oral, promoção da amamentação, complementação alimentar e imunização, dentre outros. Por seu caráter altamente focalizado e restritivo, as intervenções recorrentemente se descolam dos elementos estruturantes que possam impactar de maneira mais sustentada as condições de saúde dos indivíduos e comunidades. Por um lado, essas medidas produzem bons resultados do ponto de vista de indicadores de saúde para grupos populacionais em situação de pobreza, mas, por outro, deixa pouco legado para a articulação de medidas essenciais para a organização de redes de atenção capazes de ofertar cuidados mais extensivos e voltados para a população geral<sup>2,9</sup> (quadro 1). A abordagem que entende a AB como primeiro nível de contato se difundiu pelos países mais ricos, sobretudo na Europa ocidental, e, em contraste com a abordagem seletiva, já compreende a AB como principal porta de entrada dos serviços de saúde e ponto de atenção para cuidados continuados. Contudo, essa abordagem tende a circunscrever a AB à oferta de cuidados médicos, com profissionais especializados em clínica geral e medicina familiar<sup>9</sup> (quadro 1).

As discussões empreendidas em Alma-Ata e sua declaração final colocaram em xeque essas duas perspectivas e inseriram uma abordagem abrangente de AB, que considera a saúde como direito humano. Essa concepção de AB incorpora um conjunto de questões que inserem os cuidados de saúde no centro do desenvolvimento individual e comunitário e contesta a hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde, que não considera fatores sócio-econômico-ambientais nos processos de saúde-doença e valoriza a superespecialização e compartimentalização dos conhecimentos em saúde.

A concepção abrangente de AB entende que o estado de saúde dos indivíduos está intimamente relacionado ao contexto no qual vivem, incluindo fatores de exposição que podem favorecer ou agravar o adoecimento<sup>2,9</sup>. Nesse sentido, a organização dos serviços de AB devem, necessariamente, se articular ao território no qual atua, considerando todas as dimensões da vida que possuem potencial de afetar na saúde dos indivíduos e de suas comunidades, e propiciar a incorporação de saberes e práticas populares, além da democratização dos conhecimentos técnicos que possibilitem um processo de autonomização dos cidadãos em relação a sua saúde<sup>2,9</sup>. Ganham grande relevância ações que promovam a saúde e o bem-estar da população, a prevenção de doenças e a recuperação com o emprego de recursos adequados. Outro aspecto muito relevante dessa abordagem é o reconhecimento do papel e a responsabilidade dos governos na implementação de políticas de AB, enquanto intervenção estratégica para o desenvolvimento social e econômico reiterando a saúde como direito humano fundamental<sup>2,28</sup> (quadro 1).

**Quadro 1. Abordagens da Atenção Primária em Saúde (APS)**

| <b>Abordagem</b>                    | <b>Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde</b>  | <b>Ênfase</b>   |
|-------------------------------------|--|---|
| APS Seletiva                        | Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).  | Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre.                |
| Atenção Primária                    | Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.  | Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde   |
| “APS abrangente de Alma Ata”        | A Declaração de Alma Ata define a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”. | Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde |
| Enfoque em Saúde e Direitos Humanos | Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.  | Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde  |

Fonte: OPAS/OMS 2007

É importante assinalar que, mais recentemente, em 2018, portanto 40 anos após a realização da Conferência de Alma Ata, os países membros da OMS voltaram a se reunir em torno do tema da AB na Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, na cidade de Astana<sup>29</sup>. Num contexto muito diverso daquele que ancorou

politicamente a conferência de 1978, no qual prevalecem no cenário mundial políticas de austeridade fiscal, crises migratórias e ameaças à democracia<sup>30</sup>, a declaração de Astana restringiu o sentido da AB integral que Alma-Ata havia afirmado e inseriu a ideia de cobertura universal em contraposição ao sistema universal. Para alguns autores, essa mudança rompe com o compromisso histórico da organização com um conjunto de valores que sustentavam a concepção mais abrangente de AB e favorece a instituição de coberturas segmentadas por serviços e seguros de acordo com a renda das pessoas<sup>30</sup>.

## 3.2 ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

### 3.2.1 Origens da Atenção Básica no Brasil: Primeiras iniciativas, focalizadas e seletivas

No Brasil, o início da consolidação da saúde pública enquanto responsabilidade do Estado remonta ao período do primeiro governo de Getúlio Vargas, com a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde Pública, período no qual se instituíram as primeiras iniciativas de implantação de programas seletivos e segmentados de AB no país, a partir das reformas estruturais das políticas sociais instauradas pelo poder central naquele momento<sup>31</sup>.

Foram implementadas iniciativas de prevenção de doenças por meio de campanhas sanitárias de saúde pública e serviços rurais de profilaxia, assim como serviços de atenção à saúde de caráter curativo e individual para trabalhadores com vínculo formal vinculados aos serviços de seguridade social da época<sup>2,31</sup>. Nos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), foram instituídas as primeiras unidades de saúde que começaram a articular ações preventivas e coletivas com assistência individual-curativa<sup>2,31</sup>.

Na década de 70, na esteira do debate internacional que animava a instituição de políticas mais estruturadas de AB nos países desenvolvidos, foram ingressando no Brasil iniciativas relacionadas à ideia de medicina comunitária. Tais iniciativas eram direcionadas às populações mais pobres, com forte caráter seletivo, mas que, ao mesmo tempo, se apresentava em contraposição ao modelo assistencial até então vigente, ao postular uma transformação no modo como o poder público deveria

implementar intervenções em saúde que superasse o modelo biologicista, com uma saúde integral, articulada a elementos de natureza social e que tivesse enfoque nos efeitos coletivos das ações desenvolvidas<sup>2</sup>. Nesse contexto, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que, entre outras coisas, financiava a construção de unidades de saúde voltadas para ações de AB, contribuindo para o aumento da cobertura de serviços em cidades de menor porte localizadas no interior do país<sup>2</sup>.

Esse processo, paulatinamente, foi desenvolvendo experiências e acúmulo no campo acadêmico e político que serviram de base para proposições mais extensivas de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde nos anos 80, como, por exemplo, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que visava apoiar a organização da AB, com o estabelecimento de convênios entre o governo central, estados e municípios, para a oferta de atenção à saúde a toda a população, independentemente de contribuições previdenciárias<sup>2</sup>.

### **3.2.2 A Constituição de 1988 e a consolidação dos princípios de uma Atenção Básica abrangente**

A AB brasileira foi se constituindo de maneira heterogênea, estando sistematicamente associada à capacidade fiscal dos municípios, uma vez que não havia, até a construção do SUS, uma política nacional estruturada para atender às demandas locais para o seu desenvolvimento, e associada a preferências político-ideológicas dos governos municipais. Foram nos municípios das regiões mais ricas do país e governados por tendências progressistas que a AB passou a ser incorporada como política pública minimamente estruturada e conectada aos outros níveis de atenção à saúde<sup>32</sup>.

Após a Constituição de 1988, o primeiro grande programa de abrangência nacional, com produção de importante impacto nas condições de saúde da população brasileira, apesar do seu caráter seletivo, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, com maior foco em ações de controle de epidemias e ações preventivas nas regiões e áreas mais pobres. Sob a supervisão de enfermeiros, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a levar ofertas de saúde a territórios absolutamente desassistidos, privilegiando ações de saúde extramuros, que não dependessem de intervenções médicas<sup>2,23,33</sup>.

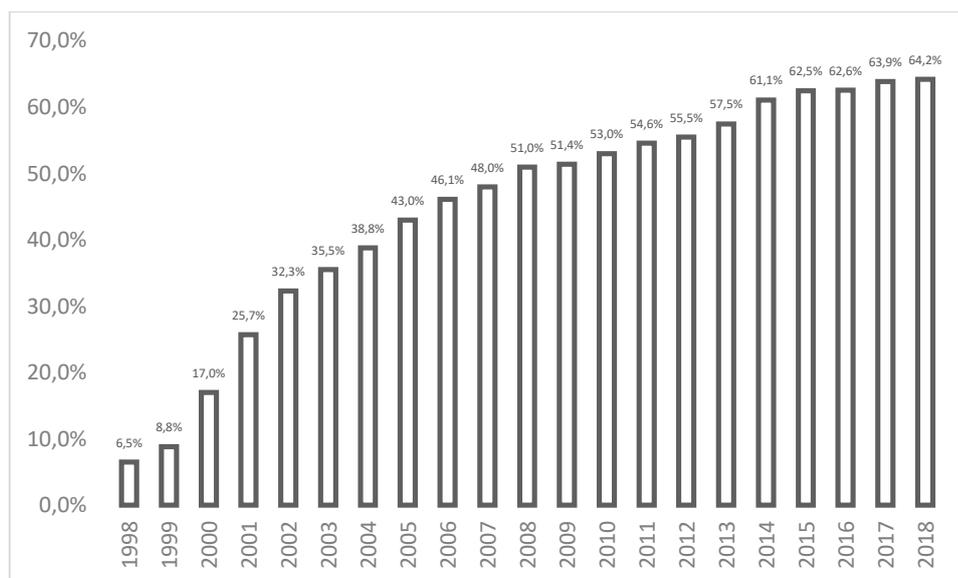
No final de 1993 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF) que estendeu a abrangência de cuidados nas UBS, ao inserir o profissional médico como integrante obrigatório na composição das equipes de Saúde da Família. A exemplo do que havia ocorrido com o PACS, nos seus primeiros anos o PSF, que posteriormente passaria a ser denominado ESF, foi implantado em localidades menores e menos desenvolvidas, ainda preservando um certo caráter restrito, com atuação mais focalizada e desarticulada das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>2,33</sup>.

Foi somente em 1996 que o Governo Federal instituiu um mecanismo regular e universal de transferência de recursos aos municípios, vinculados à organização e prestação de serviços de AB, o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a garantir repasses mensais de fundos, baseados na população dos municípios por meio do PAB fixo, e condicionado à existência de equipes da ESF por meio do PAB variável<sup>18</sup>.

Com maiores investimentos federais, progressivamente, a ESF foi ocupando papel de maior centralidade no SUS, e se tornando, explicitamente, o modelo prioritário de organização da AB do país<sup>23,34</sup>. Nos primeiros anos da ESF, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma série de portarias que estabeleciam regras a respeito do funcionamento da AB, mas que não necessariamente se articulavam entre si. No final de 1998, o MS publicou a primeira portaria que visava organizar o quadro geral de regramentos e normativas instituídas até aquele momento, o *Manual para a Organização da Atenção Básica* (portaria nº 3.925) lançando os fundamentos daquilo que viria a se constituir como a PNAB alguns anos depois<sup>34</sup>.

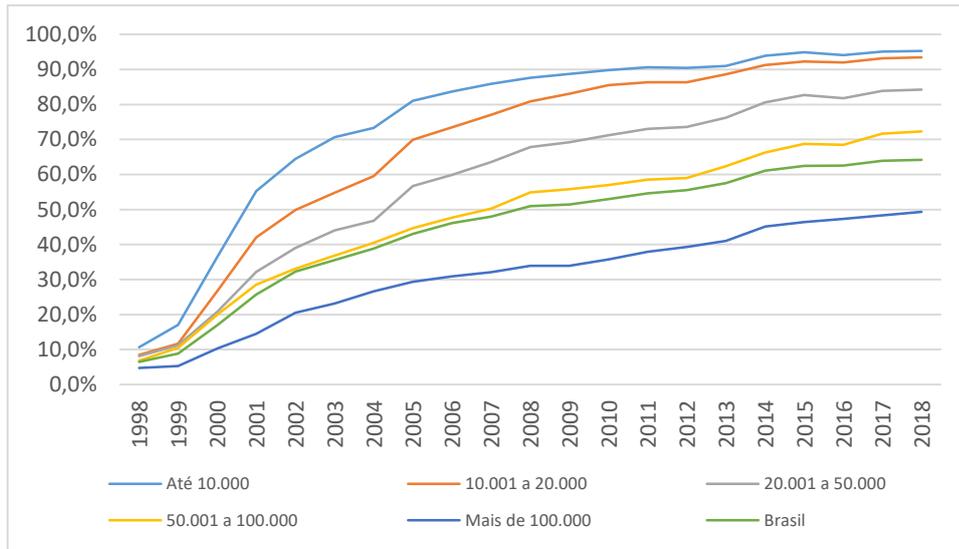
Em 2006, inserida na agenda do Pacto Pela Saúde, que procurava implementar um conjunto de reformas institucionais no âmbito do SUS para a modernização dos instrumentos de gestão e redefinição das responsabilidades de gestores dos três níveis, o MS publicou a portaria nº 648, revisando as diretrizes e normas para a organização da AB, instituindo a primeira PNAB<sup>35</sup>. Foi com esse documento que o SUS estabeleceu mais clara e diretamente o papel da AB como fator estruturante para a organização das RAS. Foram ampliados o escopo e a concepção geral de organização da AB, inserindo conceitos que passaram a nortear as ações que seriam empreendidas por gestores e profissionais nas UBS, como os atributos de uma AB abrangente. Ao mesmo tempo, foram alteradas as funções das UBS, que deveriam operar como porta de entrada preferencial e ponto de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, e consagrada a saúde da família como estratégia organizadora da AB no Brasil<sup>2</sup>.

O movimento de expansão da cobertura da ESF foi marcado por períodos de maior ou menor crescimento, mas sempre mantendo trajetória ascendente, com destaque para os anos iniciais que apresentaram forte tendência de adesão dos municípios, sobretudo, nas áreas menos desenvolvidas e que haviam vazios assistenciais<sup>15</sup> (figura 1).



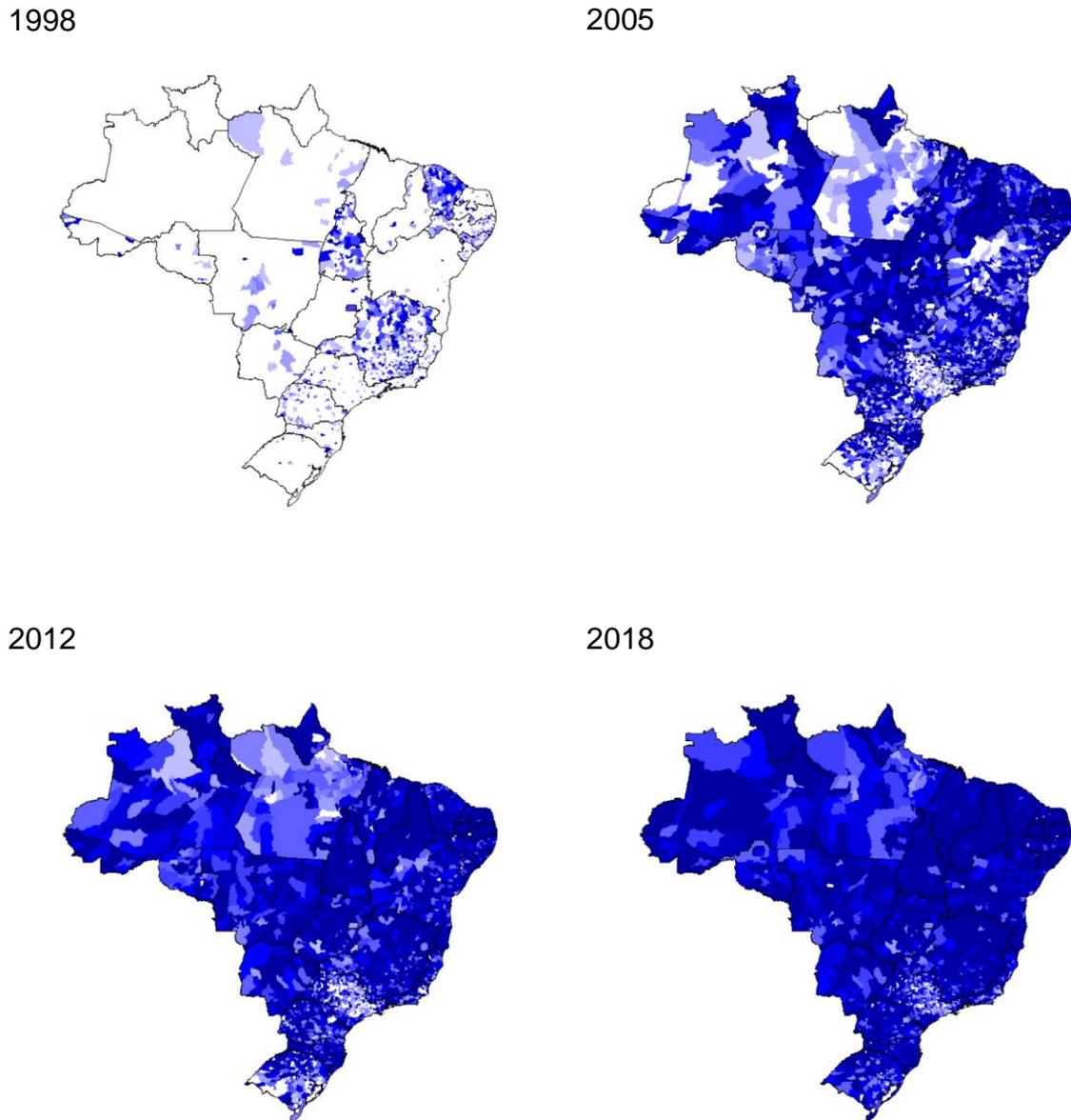
**Figura 1.** Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), Brasil, 1998-2018.

Desde o início da implantação da estratégia, os municípios de menor porte apresentaram melhores coberturas e crescimento mais acelerado<sup>15</sup>. Em contraste, nos maiores municípios, embora também tenha havido crescimento contínuo, os aumentos foram mais lentos e limitados (figura 2), principalmente em função da existência nesses municípios de uma rede de AB anterior a instituição da ESF, que impunha constrangimentos para o processo de conversão do denominado modelo tradicional para o modelo da ESF<sup>36</sup>. Como pode se observar na figura 2 a seguir, os municípios com até 10 mil habitantes já possuíam coberturas superiores a 70% da população desde 2003, enquanto os municípios entre 10 e 20 mil atingiram esse patamar em 2006 e os entre 20 e 50 mil em 2010. Por volta de 2013, os municípios com até 20 mil habitantes já apresentavam cerca de 90% de cobertura (figura 2).



**Figura 2.** Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), por porte populacional, Brasil, 1998-2018.

Enquanto em 1998 a presença da ESF ainda estava muito concentrada em algumas áreas do país, com maior destaque para os estados do Alagoas, Ceará, Minas Gerais e Tocantins, em 2005 a ESF já estava nacionalizada, com poucas regiões que apresentavam áreas ainda completamente descobertas (figura 3). Em 2012, com exceção dos estados do Amazonas, Pará, São Paulo e Rio Grande do Sul, a maior parte dos municípios já apresentava coberturas elevadas, com maior destaque para os estados situados da região nordeste (figura 3).



**Figura 3.** Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), 1998-2018

A partir de 2007, a ampliação da cobertura da ESF, embora tenha permanecido, passou a apresentar números mais modestos, sinalizando haver fatores que pudessem estar limitando um ritmo desejável de crescimento no número de equipes. Como tem apontado a literatura, a continuidade da expansão das coberturas depende, entre outras coisas, do aumento da destinação de orçamento público, sobretudo do Governo Federal que, ao longo do tempo veio diminuindo sua participação relativa no

financiamento da AB, e do equacionamento da escassez médica, principalmente nos municípios menores, regiões mais isoladas e áreas mais pobres das grandes cidades<sup>14,17</sup>.

### **3.2.3 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica no Brasil**

Embora a forma de organização da AB no Brasil tenha se dado de maneira relativamente heterogênea, à luz do debate internacional e das experiências vividas no país ao longo das últimas décadas, aliadas ao acúmulo acadêmico nacional, materializado por meio de vasto número de estudos e pesquisas que se dedicaram a investigar a diversa e complexa realidade brasileira, foi se sedimentando um conjunto de princípios e diretrizes que passaram a ser reconhecidas como norteadoras para o desenvolvimento da AB no país: territorialização e responsabilização sanitária; adscrição dos usuários e vínculo; acesso, acolhimento e porta de entrada preferencial do sistema de saúde; cuidado integral; gestão e coordenação do cuidado integrado à RAS; cuidado longitudinal e continuado; e trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional, com abordagem clínica compartilhada<sup>2,22,23,37</sup>.

#### **3.2.3.1 Territorialização, responsabilização sanitária e adscrição**

Uma importante característica da AB no Brasil é a sua organização a partir de bases territoriais com adscrição dos usuários, geograficamente demarcadas, nas quais os serviços de saúde devem se responsabilizar. O território deve ser tratado como espaço dinâmico de produção de sentidos para os indivíduos que o habitam e estabelecem suas rotinas de interação política, econômica e social. Por serem mediados pelas circunstâncias e contextos nos quais os indivíduos vivem, os processos de saúde-doença precisam ser interpretados como parte integrante da própria existência das pessoas, interconectados com os seus modos de viver e constrangimentos que o meio impõe<sup>38-40</sup>. Nesse sentido, o reconhecimento do território em que atuam deve ser objetivo permanente de análise, interpretação e reinterpretção por parte dos profissionais de AB, para a conformação interativa de sua agenda de trabalho e ações necessárias para fazer frente às necessidades particulares de cada território<sup>38-40</sup>.

Pressupõe-se o mapeamento regular da área de cobertura da unidade de saúde a partir de diferenciados dispositivos e abordagens que permitam um reconhecimento mais aprofundado do território, com diagnóstico epidemiológico e verificação de fatores ambientais e socioeconômicos mais relevantes que informem sobre riscos e vulnerabilidades que possam impactar nas condições de saúde das pessoas e coletividades, além da identificação de outros equipamentos públicos ou da sociedade civil organizada para o estabelecimento de possíveis ações de natureza intersetorial<sup>38-40</sup>. Para esse esforço de reconhecimento da complexidade do território, num cenário de grande heterogeneidade, a experiência brasileira de atuação dos ACS na ESF representou um importante avanço, na medida em que historicamente favoreceu a inserção de pessoas das próprias áreas de abrangência das equipes como agentes de cuidado e articulação entre os serviços de saúde e as pessoas, e garantiu a presença constante de integrantes das equipes nos espaços vivos dos territórios, potencializando a sua capacidade em lidar com a mobilidade que é própria da dinâmica das diferentes realidades<sup>41</sup>.

Por seu turno, a adscrição se refere ao processo de vinculação dos usuários que residem no território de abrangência das equipes, por meio de cadastros que devem ser periodicamente atualizados de modo a permitir o planejamento e desenvolvimento de ações dirigidas pelas necessidades singulares de cada usuário, considerando fatores demográficos, epidemiológicos, de risco e de vulnerabilidade<sup>33</sup>.

### 3.2.3.2 Acesso, acolhimento e porta de entrada preferencial do sistema de saúde

Como aponta a literatura que discute o tema do acesso, a conceituação do termo possui um caráter polissêmico, encontrando diversificadas abordagens teórico-metodológicas que procuram delinear elementos concretos que permitem a aferição da abrangência e qualidade do acesso aos serviços de saúde<sup>42-44</sup>. De todo modo, existe certa convergência em direção a um conjunto de características gerais que demarcam a ideia de acesso, com destaque para a disponibilidade de serviços em relação à necessidade<sup>42,45</sup>; a localização geográfica adequada<sup>43,45,46</sup>; a oferta ajustada às condições socioeconômicas dos usuários<sup>40,42,45-47</sup>; a oferta que respeite normas, condutas, costumes e símbolos culturais da população<sup>45,46</sup>; o acolhimento como tecnologia de facilitação do modo como os serviços recebem e escutam os usuários<sup>45</sup>; a adequação funcional na perspectiva organizativa, com o ajustamento da maneira

como os serviços se organizam e se adaptam para assegurar e facilitar a entrada e o percurso dos usuários durante o seu contato com a unidade de saúde<sup>45</sup>; a continuidade do tratamento nas situações em que se exige<sup>47</sup>; e a aceitabilidade, que representa a relação entre as atitudes dos usuários frente ao que lhes é oferecido e a disposição dos trabalhadores em garantir um bom cuidado<sup>42,43</sup>.

Para Donabedian, o acesso pode ser diferenciado em duas grandes dimensões, geográfica e sócio-organizacional. Enquanto a primeira engloba os fatores que podem aumentar a dificuldade de alcançar o serviço de saúde, tais como distância, tempo e custo para o deslocamento, a segunda se refere a todas as demais características que envolve o acesso, tais como a maneira de ingressar e receber o cuidado na unidade de saúde<sup>46</sup>. Ao mesmo tempo, alguns autores destacam como o conceito de acesso foi se deslocando de uma dada concepção que o entendia apenas como elemento de ingresso nos serviços para uma concepção que considera as inter-relações entre o contato e a qualidade dos cuidados recebidos<sup>44</sup>.

Como aponta a literatura, a qualidade do acesso está fortemente associada à capacidade dos serviços em desenvolver boas práticas de acolhimento à demanda espontânea, reduzindo filas e tempo de espera e se baseando em critérios de risco. Esse dispositivo favorece o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis e a reorganização dos serviços na direção de garantir um acesso mais adequado à necessidade de cada usuário. Com um bom acolhimento, os usuários passam a estabelecer outro tipo de relacionamento com a UBS, reconhecendo nela também um espaço para a resolução de problemas imediatos de saúde<sup>48</sup>.

### 3.2.3.3 Cuidado integral

A integralidade se refere a um conjunto de atributos e valores que merecem ser defendidos no sistema de saúde, a partir da articulação de ações e serviços preventivos e assistenciais, que atuam no sentido de contribuir para a transformação do quadro social que incide sobre agravos e condições gerais de saúde da população, e para assegurar a oferta de assistência que seja ajustada e compatível com as demandas e necessidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde<sup>49</sup>.

A integralidade deve envolver não apenas práticas terapêuticas individuais, mas também práticas coletivas e coletivizadoras que permeiam o processo saúde-doença, com o intuito de garantir condições desejáveis de bem-estar em saúde para

a população<sup>50</sup>. Nesse sentido, a AB representa lócus privilegiado para a efetivação de importantes elementos da integralidade, sobretudo em função da sua proximidade com os territórios nos quais os indivíduos vivem, interagem e constroem boa parte das relações entre si e com o meio em que vivem<sup>51</sup>.

#### 3.2.3.4 Gestão e coordenação do cuidado integrado às Redes de Atenção à Saúde

A garantia do acesso universal e integral à saúde para a população exige um esforço de organização do sistema de saúde que privilegie a constituição de redes de atenção articuladas que integrem os diferentes pontos de atenção e níveis de oferta de serviços de saúde<sup>52,53</sup>. A superação da fragmentação dos sistemas de saúde requer um processo de reforma que posicione a AB no centro coordenador de articulação e comunicação das redes assistenciais<sup>2,3</sup>, dado que, 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, com significativas melhorias na sua qualidade, reduzindo obstáculos para o acesso nos variados níveis de atenção e potencializando a capacidade do sistema em ofertar cuidados integrais, sobretudo para usuários que demandam atenção constante<sup>2,3</sup>.

Muito embora também possa haver alguma diferença na conceituação a respeito da coordenação do cuidado, há um conjunto de elementos que delimita aspectos que podem ser considerados comuns entre os variados conceitos abordados, qual seja, a integração vertical e horizontal entre ações e serviços, que favoreçam o alinhamento, a conexão e cooperação entre organizações e atores, com o emprego de dispositivos e instrumentos que dêem suporte ao planejamento da gestão e à atuação de trabalhadores, que definam fluxos facilitadores do caminhar dos usuários na rede de saúde, que permitam a troca e a continuidade informacional entre os variados pontos de atenção, e que apoiem o acompanhamento dos planos terapêuticos por parte dos profissionais de saúde<sup>21,54-56</sup>.

#### 3.2.3.5 Cuidado Longitudinal

Cuidados longitudinais se referem à conduta de responsabilização dos serviços frente às necessidades de cuidados intertemporais aos usuários. Eles requerem a continuidade das relações entre serviços e usuários, a partir do estabelecimento de

vínculo e o reconhecimento da UBS como fonte regular de atenção ao longo da vida. A manutenção do contato entre, preferencialmente, os mesmos profissionais e os usuários propicia o acompanhamento da evolução dos efeitos que podem estar associados a ações de promoção e prevenção, bem como de terapias indicadas para o tratamento de agravos, permitindo o ajustamento de decisões terapêuticas no processo de gestão do cuidado<sup>3,57</sup>.

Do mesmo modo, favorece a construção de uma história de condutas coerentes com a singularidade dos indivíduos e contribui para evitar encaminhamentos desnecessários, repetição de exames e procedimentos indevidos e intervenções iatrogênicas, comumente associadas ao desconhecimento das histórias de vida e itinerários terapêuticos, principalmente de indivíduos que demandam atenção mais recorrente<sup>3,57</sup>.

### 3.2.3.6 Trabalho em equipe multiprofissional e interprofissional

Outra importante característica da experiência brasileira para a organização da AB, que a distingue de outras realidades internacionais, é a atuação em equipe multiprofissional. O modelo da ESF pressupõe a superação de abordagens que privilegiem uma perspectiva biologicista dos problemas e necessidades de saúde e que são centradas no trabalho do profissional médico, por entender tais abordagens insuficientes diante de situações marcadas pela diversidade e complexidade, pois restringe as estratégias de cuidado a sua vertente biológica, negligenciando a sua interdependência com fatores sociais, econômicos e culturais<sup>23,58-60</sup>.

Nesse sentido, a articulação de diferentes saberes, em prol da ampliação da capacidade dos serviços encontrarem respostas adequadas à singularidade dos indivíduos, exige abordagens que favoreçam a multidimensionalidade do cuidado e a superação de práticas compartimentalizadas e medicalizantes<sup>23,58,60</sup>. A ESF, desde sua concepção, pressupõem a organização do trabalho multiprofissional e em equipe e a articulação dos olhares dos diferentes profissionais que a integram, a partir da construção cotidiana de mecanismos de interação e compartilhamento de saberes e práticas<sup>33</sup>.

### 3.3 MUDANÇA POLÍTICA NO CAMPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Políticas públicas representam a tentativa de se estabelecer soluções para problemas identificados na sociedade, por meio de ações governamentais que visam determinar o que deve ou não deve ser desenvolvido, por meio de leis e regras publicamente estabelecidas. No campo das ciências sociais, uma questão que emerge, a partir da tentativa de se compreender os fatores que determinam a existência ou não de políticas, é como são elaboradas políticas, como ocorrem os processos de mudanças e o que determina o seu desenho<sup>61</sup>.

Na literatura da análise de políticas públicas, o percurso mais usual utilizado pelos pesquisadores é a adoção de tipologias e modelos conceituais que visam simplificar a complexidade dos fenômenos políticos. O uso de modelos conceituais de formulação de políticas públicas pode ajudar na compreensão dos modos pelos quais elas são construídas e aplicadas, assim como a maior probabilidade dela obter sucesso em relação aos seus objetivos<sup>61</sup>.

Na literatura existe um elevado número de modelos conceituais que nos ajuda a compreender a relação entre a prática/ação dos atores políticos e as políticas públicas que eles produzem. Entre eles, os principais modelos mobilizados pelos analistas são: (a) *modelo institucional*: pressupõe que políticas são desenhadas de acordo com os constrangimentos impostos pelas instituições em vigor; (b) *modelo racional*: trabalha com a ideia de que a ação de atores instrumental e racionalmente guiados encontra pontos de equilíbrio, conforme as suas preferências. Esse modelo envolve um conjunto de pressupostos tais como, os tomadores de decisão possuem informação perfeita e agem no sentido de reduzir seus custos e maximizar seus ganhos. O modelo racional está muito relacionado à teoria dos jogos que, na maior parte das vezes, é utilizada para analisar situações nas quais atores racionais interagem em um cenário no qual os resultados dependem das preferências e escolhas feitas por cada um deles; (c) *modelo incremental*: entende que o processo de construção de políticas envolve uma racionalidade limitada nas quais tomadores de decisão não são suficientemente capazes de agir de maneira estritamente racional e a maior parte de suas decisões determina mudanças incrementais em relação às políticas anteriores; (d) *modelo de grupos*: pressupõe que os resultados das políticas estão relacionados à interação e equilíbrio das disputas entre grupos que, por sua vez, estão associadas à força relativa de cada grupo de interesse. Essa perspectiva

entende que os tomadores de decisão estão permanentemente agindo para responder às pressões oriundas de grupos; e (e) *modelo elitista*: para esse modelo, as políticas são decididas conforme as preferências das elites políticas. Para os elitistas, a maior parte dos cidadãos é mal informada sobre as políticas e as elites possuem os recursos necessários para moldar a opinião das pessoas em relação às questões políticas<sup>61-63</sup>.

### 3.3.1 Institucionalismo e o processo de mudança

A percepção de que os fenômenos políticos e sociais podem ser melhor apreendidos a partir da observação das instituições que constroem a ação dos indivíduos tem ocupado espaço de relevo no debate contemporâneo sobre o funcionamento das políticas públicas. No entanto, são diversas as formas de se compreender o papel das instituições na conformação das práticas dos atores políticos. Um dos mais importantes debates, que trafega na esteira dessa discussão, diz respeito à origem, a configuração e transformação das instituições, e de como os diversificados atores as percebem em seu cotidiano.

Três vertentes do denominado neo-institucionalismo têm se destacado nesse contexto, o institucionalismo histórico, sociológico e o da escolha racional<sup>64</sup>. O primeiro enfatiza os aspectos relacionados ao “auto-reforço” que as instituições exercem sobre si mesmas, conduzindo-as a certa continuidade de estruturas que retroalimentam regularidades históricas. O institucionalismo sociológico, por sua vez, atribui forte peso aos aspectos culturalmente normativizados, enquanto o institucionalismo da escolha racional se ancora em um instrumental empírico e teórico, proveniente da análise econômica, que entende a racionalidade como a maximização do comportamento, visando os melhores resultados que podem ser obtidos, a partir de uma concepção de meios-fins<sup>64</sup>.

Apesar de suas marcadas diferenças conceituais e teórico-metodológicas, todas essas vertentes vinculadas ao neo-institucionalismo possuem uma área de intersecção, qual seja, a interpretação das políticas públicas pode se nortear pelo estudo de regras e comportamentos induzidos por regras, dado que a ação dos indivíduos jamais ocorre num vácuo institucional<sup>64</sup>.

Nesse sentido, as instituições são encaradas como produto “evolutivo” de um processo histórico que se retroalimenta de maneira predominantemente endógena. Escolhas institucionais do passado comprimem as possibilidades presentes de

mudança, uma vez que impõem custos vinculados a incerteza<sup>65</sup>. A implementação de determinadas políticas públicas dificilmente sofrerão transformações que as desvinculem radicalmente do seu passado. Como destaca Pierson, a trajetória de desenvolvimento de uma dada instituição estreita a amplitude de possíveis escolhas para a sua mudança, por tal razão, os estudos empreendidos pelos institucionalistas históricos atribuem significativo valor a sequência temporal dos acontecimentos e escolhas políticas<sup>66</sup>.

Contudo, muito embora o institucionalismo histórico atribua forte relevância ao seqüenciamento histórico dos acontecimentos políticos no ordenamento e conformação das instituições, há um reconhecimento de que tais instituições não se encontram “acorrentadas” a trajetórias inflexíveis. Entende-se que, apesar de eventos anteriores influenciarem fortemente nos resultados dos eventos subsequentes, as instituições não são necessariamente conduzidas de forma linear na direção de efeitos previsíveis<sup>65</sup>.

A maior dificuldade analítica está em como podemos distinguir uma mudança “real” de uma mudança “superficial”, meramente adaptativa, e como detectar mudança na ausência de eventos de ruptura<sup>67</sup>?

### **3.3.2 A abertura de janelas de oportunidades para a transformação gradual sem ruptura**

Segundo o modelo incrementalista, as mudanças nas políticas ocorrem para adaptá-las ou ajustá-las a novas necessidades, sob circunstâncias constrangidas pela reprodução contínua de sistemas existentes. A ênfase na estabilidade institucional está associada à ideia de que nas arenas de disputa, por presunção, existem constrangimentos suficientemente fortes que retroalimentam a continuidade de políticas<sup>68,69</sup>. Em contraponto a essa perspectiva, o modelo do equilíbrio interrompido sugere que as mudanças em políticas públicas ocorrem como produto de rupturas históricas que sucedem longos períodos de estabilidade, pressionados por crises que mudam a percepção geral sobre os problemas associados à política, gerando ruptura no equilíbrio existente e gerando um novo quadro<sup>70</sup>. Essa vertente analítica parte do pressuposto de que existem longos períodos de estabilidade institucional que são

periodicamente suspensos por fatores exógenos que revelam elementos indutores de uma maior ou menor necessidade de revisão da política<sup>65,66,71</sup>.

Para Streeck & Thelen, os processos de mudança, na maior parte das situações, se iniciam quando os efeitos gerados por uma determinada política produzem mais declínio do que retornos crescentes. Quando os custos de se manter a política inalterada se tornam mais elevados do que produzir alguma mudança sobre ela, os atores políticos com poder de agendamento ou veto começam a se movimentar e tensionar no sentido da mudança<sup>67</sup>. Para os autores, é inerente aos processos políticos certa dinamicidade que confronta o instituído e que apresentam alternativas, ajustadas a novas demandas, ainda que existam elementos que reforçam a estabilidade. Instituições políticas não são apenas periodicamente contestadas, mas também permanentemente reinterpretadas ou redirecionadas por determinados atores, de maneira a ampliar a probabilidade de alcançarem um maior número de ganhos ou subvertendo regras que contrariem os seus interesses<sup>67</sup>.

Mais do que emergidas do lado de fora de um determinado sistema ou subsistema político, mudanças são frequentemente endógenas e em alguns casos são produto dos comportamentos gerados pela própria instituição. Mudanças significativas podem surgir de ambiguidades e espaços que existem entre o desenho ou os aspectos formais da política e aquilo que efetivamente ocorre no seu processo de implantação<sup>67</sup>.

Processos decisórios em ambientes democráticos ocupados por um número significativo de atores dotados de recursos capazes de introduzir elementos de constrangimento aos tomadores de decisão, ou até mesmo exercerem uma função de veto, demandam mecanismos de negociação que cada vez mais se distanciam da ideia de mudança associada à ruptura<sup>67</sup>.

Para Kingdon, processos de mudança estão fortemente relacionados à confluência de fatores que abrem possibilidades de modificações no *status quo*, denominados pelo autor como janelas de oportunidade, que se abrem e se fecham com a interação dinâmica entre problemas, possíveis alternativas para a sua solução e atores políticos<sup>72</sup>. As janelas de oportunidade se abrem em função de problemas identificados como rotineiros nos quais eventos institucionalizados desencadeiam abertura para processos de mudança; iniciativas discricionárias de atores políticos com demandas ou posições específicas; questões conexas que se aproveitam de janelas abertas por outros motivos; e por crises ou eventos aleatórios<sup>72</sup>.

O autor destaca a centralidade da atuação daquilo que chama de empreendedores da política pública, seja no interior ou fora do governo, na construção e/ou aproveitamento da abertura de janelas de oportunidades para a construção de novas políticas ou para a reforma ou substituição de políticas existentes. Tais atores estão posicionados em pontos favoráveis para a sua atuação e possuem recursos e habilidades necessárias para conectarem os problemas com as soluções e oportunidades políticas<sup>72</sup>.

Normalmente as instituições envolvem “acordos” coletivos que distinguem o que é apropriado daquilo que é inapropriado, o que é “certo” do que é “errado”, o que é “possível” e “impossível”, produzindo determinados padrões de comportamento, possíveis de serem antecipados. A mudança institucional está relacionada ao fato de que as regras instituídas nunca são perfeitas e de que há um espaço entre padrões ideais de uma regra e padrões reais. As regras nunca são auto evidentes e sempre sujeitas a interpretações diversas. Na realidade social existe um permanente esforço da comunidade no sentido de compartilhar o entendimento a respeito do que exatamente significa uma determinada regra. Como os padrões ideais são, necessariamente, menos complexos do que padrões reais, o desacordo sobre como uma norma é ou deve ser aplicada pode sempre surgir. Mesmo com a aplicação correta de uma norma, as condições reais sob as quais ela é aplicada podem produzir efeitos não esperados que contrariem aquilo que se esperava com a dada norma, o que, conseqüentemente, impõe a necessidade de mudança<sup>67</sup>.

## 4. MÉTODOS

Estudo de abordagem mista, qualitativa e quantitativa, organizado em três etapas de desenvolvimento, nas quais foram empregadas diferentes técnicas e métodos de análise.

### 4.1 ETAPA 1

Na primeira etapa foi utilizada abordagem qualitativa, com análise do conteúdo de documentos oficiais publicados por atores institucionais envolvidos com o processo de revisão da PNAB de 2011. Procurou-se averiguar o conteúdo pertinente a AB presente em documentos normativos publicados pelo MS, além de publicações de entidades de representação de gestores estaduais e municipais de saúde e do controle social.

Optou-se por circunscrever a análise exclusivamente a atores institucionais que participaram diretamente na formulação das modificações na política pública investigada, ou que formularam proposições que orientaram o debate público em direção a mudanças na política. Nesse sentido, as instituições consideradas foram o MS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Saúde.

Em um primeiro momento foi realizada prospecção de documentos oficiais do período próximo à publicação da PNAB de 2011, entre 2007 e 2011, e que apresentavam conteúdos explícitos sobre necessidades de modificações ou aperfeiçoamento da política. Foram selecionados o relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento<sup>73</sup>, o relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS; SUS na seguridade social; política pública, patrimônio do povo brasileiro<sup>74</sup>, a resolução nº 439 do CNS<sup>75</sup>, o documento intitulado *SUS 20 anos* do Conass<sup>76</sup>, o documento *A atenção básica que queremos* do Conasems<sup>77</sup>, o planejamento estratégico do MS<sup>78</sup> e portarias ministeriais que normatizam o funcionamento da AB no país.

Optou-se pela análise de conteúdo, que consiste no emprego de técnicas de investigação e interpretação do processo de comunicação que possibilita o estudo de motivações, valores e atitudes com o emprego de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição dos conteúdos comunicados<sup>79</sup>. Procurou-se desenvolver análises a partir de abordagem hermenêutica no campo da análise de conteúdo, na tentativa de se demarcar elementos objetivos presentes nas comunicações formais de atores institucionais, lançando mão de técnicas inferencial-dedutivas na identificação dos principais elementos que constituíram as posições dos diferentes atores.

Assim, num segundo momento foram realizadas leituras flutuantes dos materiais selecionados para a apreensão global dos aspectos mais importantes identificados nos documentos para posterior seleção das unidades de análise e organização das categorias analíticas. As expressões descritoras para a busca nos documentos selecionados foram *atenção básica*, *atenção primária* e *saúde da família*, e emergiram 7 temas gerais que passaram a estruturar o esforço analítico, quais sejam, (1) financiamento, (2) gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, (3) formação e educação permanente, (4) infraestrutura e equipamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), (5) rede de atenção à saúde, (6) gestão do trabalho e (7) modelo organizativo-assistencial.

Por fim, foram realizadas análises no conteúdo da PNAB publicada em 2011, identificando os mais importantes elementos que passaram a constituir a política, bem como os seus desdobramentos, em contraste com aquilo que estabelecia a política anterior publicada em 2006.

## 4.2 ETAPA 2

Na segunda etapa foi desenvolvida análise descritiva transversal e longitudinal, a partir da utilização da base de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos. A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta. Ao mesmo tempo, 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 e, para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6/equipe) (Tabela 1).

A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa, lideradas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal do Pará (UFPA).

**Tabela 1.** Equipes participantes do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos PMAQ e usuários entrevistados.

| Ciclo           | Equipes            |                               |      | Usuários entrevistados |
|-----------------|--------------------|-------------------------------|------|------------------------|
|                 | Equipes existentes | Equipes participantes do PMAQ |      |                        |
|                 |                    | n                             | %    |                        |
| 1º Ciclo (2012) | 33.899             | 17.482                        | 51,6 | 65.391                 |
| 3º Ciclo (2018) | 43.016             | 38.865                        | 90,4 | 140.444                |

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 das variáveis relacionadas às categorias analisadas para os mesmos casos com o passar do tempo, ou seja, buscou-se analisar se para cada variável selecionada constatou-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, 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 (tabela 2).

**Tabela 2.** Amostra de equipes e usuários entrevistados, 1º (2012) e 3º (2018) ciclos do PMAQ.

| Ciclo           | Equipes                       |                    | Usuários |                        |                     |      |
|-----------------|-------------------------------|--------------------|----------|------------------------|---------------------|------|
|                 | Equipes participantes do PMAQ | Amostra de Equipes |          | Usuários entrevistados | Amostra de usuários |      |
|                 |                               | n                  | %        |                        | n                   | %    |
| 1º Ciclo (2012) | 17.482                        | 15.378             | 88,0     | 65.391                 | 59.354              | 90,8 |
| 3º Ciclo (2018) | 38.865                        | 15.378             | 39,6     | 140.444                | 56.369              | 40,1 |

Entre as equipes que compõem a amostra, 37,2% estão situadas na região sudeste, 33,1% no nordeste, 16,9% no sul, 6,8% no centro-oeste e 5,9% no norte. A maior parte delas se encontra em municípios com mais de 100 mil habitantes (36,2%). Com população entre 50 e 100 mil habitantes são 10,9%, entre 20 e 50 mil são 22,0%, entre 10 e 20 mil são 16,2% e até 10 mil habitantes são 14,7%. A distribuição da amostra dos usuários seguiu praticamente as mesmas proporções das equipes, dado que no protocolo da coleta havia um número pré-determinado de usuários a serem entrevistados por equipe (4 usuários) (tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das equipes da amostra e usuários entrevistados, por Região e Porte Populacional.

| Variáveis                 | Equipes |       | Usuários        |       |                 |       |
|---------------------------|---------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
|                           | n       | %     | 1º Ciclo (2012) |       | 3º Ciclo (2018) |       |
|                           |         |       | n               | %     | n               | %     |
| <b>Região</b>             |         |       |                 |       |                 |       |
| Norte                     | 908     | 5,9   | 3.231           | 5,4   | 3.049           | 5,4   |
| Nordeste                  | 5.096   | 33,1  | 19.653          | 33,1  | 18.427          | 32,7  |
| Sudeste                   | 5.723   | 37,2  | 22.870          | 38,5  | 21.193          | 37,6  |
| Sul                       | 2.600   | 16,9  | 9.560           | 16,1  | 9.689           | 17,2  |
| Centro-Oeste              | 1.051   | 6,8   | 4.040           | 6,8   | 4.011           | 7,1   |
| <b>Porte Populacional</b> |         |       |                 |       |                 |       |
| Até 10.000                | 2.237   | 14,7  | 8.813           | 14,8  | 8.650           | 15,3  |
| 10.001 a 20.000           | 2.466   | 16,2  | 9.834           | 16,6  | 9.282           | 16,5  |
| 20.001 a 50.000           | 3.363   | 22,0  | 13.055          | 22,0  | 12.558          | 22,3  |
| 50.001 a 100.000          | 1.670   | 10,9  | 6.580           | 11,1  | 6.311           | 11,2  |
| Mais de 100.000           | 5.516   | 36,2  | 21.072          | 35,5  | 19.568          | 34,7  |
| <b>Brasil</b>             | 15.378  | 100,0 | 59.354          | 100,0 | 56.369          | 100,0 |

Foram selecionadas 59 variáveis que pudessem informar sobre aspectos relacionados ao acesso, integralidade e coordenação do cuidado das equipes avaliadas. As variáveis foram organizadas em 3 dimensões que, por sua vez, foram subdivididas em 15 subdimensões (tabela 4).

**Tabela 4.** Dimensões e subdimensões de análise

| Dimensão   | Subdimensão   | Número de variáveis |          |
|--|---|---------------------|----------|
|  |   | Equipes             | Usuários |
| Acesso e acolhimento à demanda espontânea                        | Estrutura física e arquitetônica  | 3                   | 0        |
|  | Acolhimento à demanda espontânea  | 5                   | 5        |
|  | Dias e horários de funcionamento  | 3                   | 3        |
|  | Organização da agenda   | 3                   | 3        |
|  | Tempo de espera   | 2                   | 0        |
| Integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços     | Ações direcionadas a grupos populacionais prioritários  | 1                   | 3        |
|  | Promoção e prevenção  | 1                   | 1        |
|  | Exames e procedimentos  | 3                   | 1        |
|  | Ações no domicílio  | 1                   | 1        |
|  | Apoio multiprofissional   | 1                   | 0        |
|  | Introdução de diferentes racionalidades de cuidado  | 1                   | 0        |
| Coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS | Regulação, acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico; e apoio multiprofissional | 6                   | 2        |
|  | Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado                                       | 4                   | 1        |
|  | Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede                                 | 4                   | 0        |
| Total  |   | 39                  | 20       |

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 mantiveram inalteradas, 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 (tabela 5).

**Tabela 5.** Variáveis selecionadas, por dimensão e subdimensão

| Dimensão                                  | Subdimensão                                     | Variável   |   |
|---|---|--|---|
| Acesso e acolhimento à demanda espontânea | Estrutura física e arquitetônica                | Porta de entrada adaptada para cadeira de rodas  |   |
|   |   | Corredores adaptados para cadeira de rodas   |   |
|   |   | Portas internas adaptadas para cadeira de rodas  |   |
|   | Acolhimento à demanda espontânea                | Acolhimento à demanda espontânea implantado  | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana                   |
|   |   |  | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia                    |
|   |   |  | Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea/urgência                       |
|   |   |  | Realiza atendimento de urgência e emergência  |
|   |   |  | Consegue ser escutado na UBS sem ter consulta agendada <sup>a</sup>                   |
|   |   |  | Avaliação positiva do acolhimento <sup>a</sup>  |
|   |   |  | Buscou atendimento na UBS na última vez que teve problema de urgência <sup>a</sup>    |
|   |   |  | Consegue atendimento de urgência na UBS sem consulta agendada <sup>a</sup>            |
|   |   |  | Tempo de espera de até 30 minutos para o atendimento de urgência <sup>a</sup>         |
|   |   |  | Dias e horários de funcionamento  |
|   | Funciona ao menos 2 turnos por dia              |  |   |
|   | Funciona no horário do almoço (12h às 14h)      |  |   |
|   | Funciona 5 ou mais dias da semana <sup>a</sup>  |  |   |
|   | Funciona ao menos 2 turnos por dia <sup>a</sup> |  |   |
|   | Organização da agenda                           | Organização da agenda  | O horário de funcionamento da UBS atende às necessidades do usuário <sup>a</sup>      |
|   |   |  | Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia                       |
|   |   |  | Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica |
|   |   | Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços        |   | Agendamento de consulta todos os dias da semana em qualquer horário <sup>a</sup>  |
|   |   | Consulta com hora marcada <sup>a</sup>  |
|   |   | Encontra facilidade para falar com profissionais em caso de dúvidas após a consulta <sup>a</sup>  |
|   | Tempo de espera   | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com hipertensão (até 7 dias)   |
|   |   | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com diabetes (até 7 dias)  |
|   | Ações direcionadas a grupos populacionais prioritários  | Oferta ações programadas para grupos populacionais prioritários <sup>b</sup>  |
|   |   | Revisão do parto e cuidados com a mulher <sup>a,c</sup>   |
|   |   | Acompanhamento de crianças menores de 2 anos <sup>a,d</sup>   |
|   |   | Acompanhamento de pessoas com Diabetes <sup>a,e</sup>   |
|   | Promoção e prevenção  | Desenvolve ações de promoção e prevenção <sup>f</sup>   |
|   |   | Ações preventivas de Saúde da Mulher <sup>a,g</sup>   |
|   | Exames e procedimentos  | Realiza coleta de material para exames laboratoriais <sup>h</sup>   |
|   |   | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias <sup>i</sup>   |
|   |   | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal <sup>j</sup>   |
|   | Disponibilização e orientação sobre o uso de prótese dentária <sup>a</sup>                    |   |
| Ações no domicílio  | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade                            |   |
|   | Recebe a visita do Agente Comunitário de Saúde no Domicílio <sup>a</sup>                      |   |
| Apoio multiprofissional   | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)                   |   |
| Introdução de diferentes racionalidades de cuidado                  | Oferece práticas integrativas e complementares  |   |
| Intersetorialidade  | Realiza atividades nas escolas  |   |
| Coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS    | Regulação, acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico; e apoio multiprofissional | 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>k</sup>   |
|   |   | 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 <sup>l</sup>  |
|   |   | Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal <sup>m</sup>  |
|   |   | Quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, sai da unidade com a consulta agendada <sup>a</sup> |
| Quando necessitou, conseguiu fazer exame de mamografia <sup>a</sup> |   |   |

|   |   |
|---|---|
|   | Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde <sup>a</sup>                                       |
|   | Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade                                  |
| Ordenamento de fluxos assistenciais e gestão do cuidado       | 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   |
|   | Após o nascimento da criança, a equipe fez consulta de puericultura até os sete dias de vida <sup>a</sup>                                   |
|   | Utiliza prontuário eletrônico   |
|   | Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado   |
| Continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede | Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados                     |
|   | Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados                     |

<sup>a</sup> Variáveis concernentes aos usuários.

<sup>b</sup> Mulheres, mulheres gestantes, crianças, usuários com hipertensão arterial sistêmica e usuários com diabetes mellitus.

<sup>c</sup> Questões consideradas: (1) como a puérpera estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão, (2) oferta de método contraceptivo, (3) realização de exame ginecológico, e (4) exame das mamas.

<sup>d</sup> Questões consideradas: (1) ações durante a consulta na primeira semana de vida (criança pesada, medida, colocada pra mamar, umbigo examinado e questionado se a criança possuía certidão de nascimento) (2) realização do teste do pezinho, (3) vacinação em dia, (4) acompanhamento do desenvolvimento da criança, e (5) orientação sobre alimentação da criança até dois anos.

<sup>e</sup> Questões consideradas: nos últimos 6 meses (1) fez exame de glicemia, (2) profissional examinou os pés, e (3) profissional orientou sobre o cuidado com os pés.

<sup>f</sup> Para o 1º ciclo foram selecionadas as cinco variáveis que apresentaram melhores resultados: (1) prevenção e tratamento de diabetes mellitus (89,4%), (2) prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (89,3%), (3) gestantes e puérperas (87,3%), (4) Mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (82,1%) e planejamento familiar (78,5%).

<sup>g</sup> Questões consideradas: (1) orientação sobre a realização de exame para prevenção do câncer do colo do útero, e (2) orientação sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos.

<sup>h</sup> Incluindo coleta de exame citopatológico.

<sup>i</sup> Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis intramusculares, medicações injetáveis endovenosas e aplicação de penicilina G benzatina.

<sup>j</sup> Aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia.

<sup>k</sup> Marcação de consultas especializadas, exames e leituras.

<sup>l</sup> Creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada.

<sup>m</sup> Glicemia de jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para HIV, sorologia para hepatite B, urocultura ou sumário de urina (tipo 1).

<sup>n</sup> 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 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).

Para a análise das variáveis selecionadas 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.

### 4.3 ETAPA 3

Na terceira etapa foi desenvolvida análise de delineamento ecológico e longitudinal com uso de dados secundários do PMAQ, do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos, e dados demográficos, socioeconômicos e de disponibilidade de serviços de AB.

Para a análise realizada nesta etapa, assim como na segunda etapa, foi selecionado o subconjunto das mesmas equipes que participaram tanto do 1º quanto do 3º ciclo do programa e foram consideradas apenas as 39 variáveis concernentes às equipes.

Foi realizada análise multivariada para estimar fatores associados à qualidade da AB com a aplicação de modelo de regressão linear. A variável dependente foi construída a partir da aglutinação dos resultados encontrados para as 39 variáveis selecionadas, que passaram a constituir o Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB). O desenvolvimento de índices facilita a expressão sintetizada de uma dada situação observada empiricamente, na medida em que eles procuram traduzir numericamente determinados aspectos da realidade em relação a parâmetros teóricos e conceitualmente orientados<sup>80</sup>.

Todas as variáveis foram dicotomizadas e para cada uma delas foi atribuído peso determinado a partir de um fator de relevância estabelecido a partir da consulta com 20 especialistas na temática, distribuídos igualmente entre pesquisadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa, gestores (federais, estaduais e municipais) e profissionais que atuam em UBS, que foram convidados a atribuir valor de 1 a 3 (fator de relevância) para cada variável (1 menor e 3 maior relevância relativa). Foi obtido o retorno de 13 especialistas e o fator de relevância de cada variável foi estipulado a partir da mediana das indicações apontadas (tabela 6).

Para a formulação do IQGAB optou-se por um índice com variação entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior a qualidade geral dos serviços de AB avaliados. As 3 dimensões receberam pesos equivalentes (0,333), e para cada variável no interior das dimensões foram atribuídos pesos relativos ao fator de relevância atribuído a elas, expresso pela seguinte equação:

$$IQGAB = \sum_{i=1}^{39} PF_i \times Pr_i$$

, onde PF é a ponderação final da variável  $i$  e Pr é o parâmetro da variável  $i$ , que quando atendido recebeu valor igual a 1 e quando não atendido recebeu valor igual a 0.

$$PF_j = \frac{FR_k}{\sum_{k=1}^m FR_k} \cdot 3$$

, onde FR é o fator de relevância atribuído a cada variável,  $j$  representa a dimensão (acesso; integralidade; e coordenação do cuidado) e  $k$  varia de 1 até o total de variáveis de cada dimensão.

**Tabela 6.** Variáveis selecionadas para a composição do Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB) e peso relativo para cada variável.

| Dimensão                                  | Variável  | Fator de Relevância | Peso Atribuído |
|---|---|---------------------|----------------|
| Acesso e acolhimento à demanda espontânea | Porta de entrada adaptada para cadeira de rodas                     | 3                   | 0,02174        |
|   | Corredores adaptados para cadeira de rodas                          | 3                   | 0,02174        |
|   | Portas internas adaptadas para cadeira de rodas                     | 3                   | 0,02174        |
|   | Acolhimento à demanda espontânea implantado                         | 3                   | 0,02174        |
|   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana | 3                   | 0,02174        |
|   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia  | 3                   | 0,02174        |
|   | Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea/urgência     | 2                   | 0,01449        |
|   | Realiza atendimento de urgência e emergência                        | 3                   | 0,02174        |
|   | Funciona 5 ou mais dias da semana                                   | 3                   | 0,02174        |
|   | Funciona ao menos 2 turnos por dia                                  | 3                   | 0,02174        |
|   | Funciona no horário do almoço (12h às 14h)                          | 2                   | 0,01449        |
|   | Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia     | 3                   | 0,02174        |

|  |   |   |         |
|--|---|---|---------|
|  | Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica   | 3 | 0,02174 |
|  | Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames  | 3 | 0,02174 |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com hipertensão (até 7 dias)   | 3 | 0,02174 |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com diabetes (até 7 dias)  | 3 | 0,02174 |
| Integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços     | Oferta ações programadas para grupos populacionais prioritários   | 3 | 0,04348 |
|  | Desenvolve ações de promoção e prevenção  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza coleta de material para exames laboratoriais  | 2 | 0,02899 |
|  | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade  | 3 | 0,04348 |
|  | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)   | 2 | 0,02899 |
|  | Oferece práticas integrativas e complementares  | 2 | 0,02899 |
|  | Realiza atividades nas escolas  | 2 | 0,02899 |
| Coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS | Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos                                     | 3 | 0,02564 |
|  | Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção  | 3 | 0,02564 |
|  | Centrais de marcação disponíveis  | 3 | 0,02564 |
|  | Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada                            | 3 | 0,02564 |
|  | Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus   | 3 | 0,02564 |
|  | Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal   | 3 | 0,02564 |
|  | Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde  | 3 | 0,02564 |
|  | Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade                                  | 3 | 0,02564 |
|  | Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado | 3 | 0,02564 |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas                             | 2 | 0,01709 |
| Utiliza prontuário eletrônico   | 3 | 0,02564 |
| Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado                           | 3 | 0,02564 |
| Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados | 2 | 0,01709 |
| Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados | 2 | 0,01709 |

Como variáveis explicativas foram incorporadas ao modelo elementos temporais, características de contexto, e de disponibilidade e organização da AB nos municípios. O ano da avaliação externa do PMAQ foi incluído como fator de mensuração da variação observada na qualidade geral das equipes no intervalo pesquisado. Os efeitos de contexto demográfico e socioeconômico foram medidos por meio da população municipal estimada para 2012 e 2018, pelo IBGE, região, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2010 e renda familiar média dos usuários. Por seu turno, as variáveis independentes relacionadas ao acesso e organização da AB foram a cobertura municipal pela ESF, o número de equipes que atuam na UBS, o número de pessoas cadastradas por equipe, a utilização de critérios de risco e vulnerabilidade na definição da área de abrangência das equipes e a existência de população descoberta no entorno do território da área de abrangência das equipes, que acessam seus serviços.

Para a análise de regressão, inicialmente, realizou-se a análise de regressão simples, com propósito de identificar associações entre o IQGAB e as variáveis independentes selecionadas. Essa etapa considerou o nível de significância com valor de  $p < 0,20$  para considerar que a variável seria elegível para a análise de regressão múltipla. Correlações entre as variáveis independentes foi analisada por meio das estimativas de correlações de Pearson e Spearman. A especificação do modelo de regressão final considerou como significativas estatisticamente as variáveis com valor de  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigos de acordo com a seguinte ordem:

1. O processo de reforma da Política Nacional de Atenção Básica de 2011 no Brasil
2. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018)
3. Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018)
4. Coordenação do Cuidado e Integração dos Serviços de Atenção Básica com a Rede de Atenção à Saúde no Brasil (2012-2018)
5. Avaliação do Acesso, integralidade e coordenação do cuidado na Atenção Básica no Brasil (2012 – 2018)

## 5.1 O PROCESSO DE REFORMA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA DE 2011 NO BRASIL

Allan Nuno Alves de Sousa

Helena Eri Shimizu

**Resumo:** Os objetivos do presente estudo são analisar as posições dos principais atores institucionais envolvidos no processo de mudança da Política Nacional de Atenção Básica em 2011, e seus principais elementos constitutivos, contrastando aspectos que passaram a diferenciar a nova política da anterior. Estudo de abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo de documentos publicados pelo Ministério da Saúde, de entidades de representação de gestores estaduais e municipais de saúde e do controle social. Foram observados posicionamentos, reivindicações e modificações na política associadas aos mecanismos de financiamento, gestão, monitoramento e avaliação; à articulação da atenção básica com as redes de atenção à saúde; à gestão do trabalho e provimento de profissionais médicos; e ao modelo organizativo-assistencial. De maneira geral, os principais elementos que passaram a constituir a nova política dialogaram com os temas que ocuparam a agenda de reivindicações dos diferentes atores envolvidos no processo e as mudanças implementadas apresentaram significativa potencialidade de ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica no Brasil.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Política Pública. Reforma dos Serviços de Saúde.

### Introdução

No contexto de ampliação dos direitos à saúde vivenciado pelo Brasil após o período autoritário, com a Constituição de 1988, importantes estratégias foram gestadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de promover seus princípios e diretrizes como a universalidade e a integralidade. Dentre elas, a atenção básica (AB) se destaca por sua capilaridade e capacidade de produzir um deslocamento do cuidado centrado nos serviços de saúde, para uma perspectiva que considera as dimensões sociais, políticas e econômicas nas quais os usuários estão inseridos<sup>1</sup>.

De modo crescente, o SUS foi produzindo mecanismos de transferência e compartilhamento de autoridade e responsabilidade, do governo central para estados e, sobretudo, para municípios, que passaram a concentrar a oferta de serviços de AB. Apesar disso, o governo nacional ainda manteve seu forte poder de agendamento da política de AB, com significativa capacidade decisória, em razão do controle dos recursos financeiros, ainda que toda e qualquer alteração relevante nas políticas que constituem o sistema requeira um processo de negociação interfederativa processada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>2</sup>.

A AB foi se constituindo de maneira heterogênea, estando associada à capacidade fiscal dos municípios, uma vez que não havia, até a construção do SUS, uma política nacional estruturada para atender às demandas locais para o seu desenvolvimento, e relacionada a preferências ideológicas dos governantes municipais<sup>3</sup>. Foi apenas em 1996 que o Ministério da Saúde (MS) instituiu um mecanismo regular e universal de transferência de recursos aos municípios, vinculados à organização e prestação de serviços de AB<sup>4</sup>. Desde então, progressivamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ocupando um papel de centralidade no SUS, se tornando, explicitamente, o modelo prioritário de organização da AB<sup>4</sup>.

Como produto desse rápido aumento do acesso à AB, inúmeros estudos desenvolvidos ao longo dos últimos anos evidenciam a potência e os bons resultados produzidos pela ESF, demonstrando a sua capacidade de impactar nas condições de saúde da população, melhorando o acesso e a utilização de serviços, sobretudo para as populações com menor renda, impactando nas reduções de mortalidade infantil e adulta, para algumas condições sensíveis à AB, expandindo o acesso a tratamentos e melhorando a equidade e a eficiência do SUS, na medida em que contribuiu para a redução de hospitalizações desnecessárias<sup>5-10</sup>.

Contudo, mesmo apresentando resultados positivos, na segunda metade dos anos 2000, o ritmo de expansão da ESF começou a apresentar refreamento<sup>11</sup>, principalmente em decorrência de fatores associados ao subfinanciamento<sup>12</sup>, à escassez da força de trabalho médica<sup>13</sup> e aos arranjos institucionais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que impunha padrões de implantação considerados muito rígidos e pouco porosos às particularidades dos diferentes contextos<sup>14</sup>. Esse cenário deu espaço para um debate sobre os limites e possibilidades do desenho da PNAB e a necessidade de ajustes para atender as

especificidades das diferentes realidades e incorporar elementos que pudessem tracionar a retomada do crescimento das coberturas populacionais.

Os objetivos do presente estudo são analisar as posições dos principais atores institucionais envolvidos no processo de mudança da PNAB em 2011, e seus principais elementos constitutivos, contrastando aspectos que passaram a diferenciar a nova política da anterior.

## **Métodos**

Estudo de abordagem qualitativa, com análise do conteúdo de documentos oficiais publicados por atores institucionais envolvidos com o processo de discussão de revisão da PNAB. Procurou-se averiguar o conteúdo pertinente a AB presente em documentos normativos publicados pelo MS, além de publicações de entidades de representação de gestores estaduais e municipais de saúde e do controle social.

Optou-se por circunscrever a análise exclusivamente a atores institucionais que participaram diretamente na formulação das modificações na política pública investigada, ou que formularam proposições que orientaram o debate público em direção a mudanças na política. Nesse sentido, as instituições consideradas foram o MS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Saúde.

Numa primeira etapa foi realizada prospecção de documentos oficiais do período que antecedeu a publicação da PNAB de 2011, entre 2007 e 2011, e que apresentavam conteúdos explícitos sobre necessidades de modificações ou aperfeiçoamento da política. Foram selecionados o relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento<sup>15</sup>, o relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS; SUS na seguridade social; política pública, patrimônio do povo brasileiro<sup>16</sup>, a resolução nº 439 do CNS<sup>17</sup>, o documento intitulado *SUS 20 anos* do Conass<sup>18</sup>, o documento *A atenção básica que queremos* do Conasems<sup>19</sup>, o planejamento estratégico do MS<sup>20</sup> e portarias ministeriais que normatizam o funcionamento da AB no país.

Optou-se pela análise de conteúdo, que consiste no emprego de técnicas de investigação e interpretação do processo de comunicação que possibilita o estudo de

motivações, valores e atitudes com o emprego de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição dos conteúdos comunicados<sup>21</sup>. Procurou-se desenvolver análises a partir de abordagem hermenêutica no campo da análise de conteúdo, na tentativa de se demarcar elementos objetivos presentes nas comunicações formais de atores institucionais, lançando mão de técnicas inferencial-dedutivas na identificação dos principais elementos que constituíram as posições dos diferentes atores.

Assim, na segunda etapa foram realizadas leituras flutuantes dos materiais selecionados para a apreensão global dos aspectos mais importantes identificados nos documentos para posterior seleção das unidades de análise e organização das categorias analíticas. As expressões descritoras para a busca nos documentos selecionados foram *atenção básica*, *atenção primária* e *saúde da família*, e emergiram 7 temas gerais que passaram a estruturar o esforço analítico do presente estudo, quais sejam, (1) financiamento, (2) gestão, planejamento, monitoramento e avaliação, (3) formação e educação permanente, (4) infraestrutura e equipamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), (5) rede de atenção à saúde, (6) gestão do trabalho e (7) modelo organizativo-assistencial.

Por fim, foram realizadas análises no conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2011, identificando os mais importantes elementos que passaram a constituir a política, bem como os seus desdobramentos, em contraste com aquilo que estabelecia a política anterior publicada em 2006.

## **Resultados**

A busca pela construção de uma nova institucionalidade revelou interesse pelo descongelamento de determinadas características da PNAB por parte dos diferentes atores envolvidos no processo de legitimação e reinterpretação das necessidades da AB no país. Analisando documentos publicados por diferentes seguimentos, pudemos identificar as principais questões e pautas reivindicatórias que permeavam o debate, tanto para a gestão, quanto para o controle social.

No campo do controle social, em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, indicou um conjunto de elementos que apontavam para a necessidade de mudanças que valorizassem e reforçassem a AB. O documento detalha medidas que deveriam ser incorporadas no Plano Nacional de Saúde e nas

políticas a serem implementadas no SUS e entre as propostas que o integram foram encontradas 79 ocorrências das expressões *atenção básica*, *atenção primária* ou *saúde da família*. Entre elas, merecem destaque a temática do financiamento, indicando a necessidade de priorização do modelo da ESF, e, ao mesmo tempo, o reconhecimento de equipes de saúde da AB não vinculadas ao modelo da ESF; a instituição de processos avaliativos que pudessem contribuir com o aperfeiçoamento da AB, de acordo com as demandas e especificidades loco regionais; a implementação de estratégias de formação de profissionais compatíveis com o que requer a AB; e a reformulação do sistema de informação para o aperfeiçoamento do planejamento e avaliação das ações da AB<sup>15</sup>. Importante parte das proposições que emergiram da 13ª Conferência Nacional de Saúde, como poderemos perceber mais à frente, encontrou convergência com outros posicionamentos que reforçaram, sobretudo, a necessidade de maior financiamento para a AB.

No campo da gestão, em 2009, o Conass publicou um documento intitulado *SUS 20 Anos*, com o propósito de visitar os avanços e fazer uma síntese dos posicionamentos da entidade a respeito dos principais desafios impostos para a consolidação do SUS. No capítulo que trata da AB, os estados indicam um elenco de necessidades para a sustentação da AB, porém, sem necessariamente relacioná-las diretamente a ações que pudessem superar os problemas identificados. Entre as principais questões elencadas no documento, destacam-se a fragilidade na estrutura física das UBS; a desarticulação entre as Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde; a falta de planejamento e integração entre as diversas ações; a desarticulação da rede de atenção à saúde; a baixa capacidade de monitoramento e avaliação; a elevada rotatividade dos profissionais, especialmente médicos; a falta de médicos num elevado número de equipes; e a deficiência na formação dos profissionais<sup>18</sup>.

No ano seguinte, o Conasems reuniu gestores e especialistas em AB para produzir um documento que demarcasse a posição dos municípios para a sustentação da política. O documento intitulado *A Atenção Básica que Queremos* expôs aquilo que a entidade de representação dos municípios entendia como os problemas do modelo de gestão e de atenção à saúde, assim como os desafios vinculados ao financiamento da AB. Os municípios apontavam os limites para a expansão de cobertura e da importância do SUS enfrentar o fato de que ainda havia cerca de 50% da população que não era coberta pela AB<sup>19</sup>. Dentre os principais problemas e soluções

apresentadas pelo Conasems, recebeu forte destaque o tema do financiamento da AB. Os gestores indicavam um estrangulamento na capacidade dos municípios manterem um projeto de ampliação da cobertura diante de um cenário em que o financiamento estadual era quase que inexistente e as transferências federais encontravam-se em retração. Para superar essa situação, os municípios propuseram uma lista de ações de curto prazo que reivindicava o aumento dos recursos e a mudança nos mecanismos de sua distribuição, com a elevação dos repasses do Piso da Atenção Básica (PAB), da vigilância em saúde, farmácia básica e para a construção e reforma de UBS<sup>19</sup>.

Para além do tema do financiamento, o Conasems apontou as grandes dificuldades enfrentadas pelos municípios para qualificarem os serviços de AB existentes e garantirem a atração e fixação de profissionais médicos, sobretudo em áreas mais isoladas. Para o enfrentamento das questões, a entidade apresentou uma série de sugestões, com maior destaque para a necessidade de se reconhecer modos diversificados de composição de carga horária dos profissionais; o estabelecimento de uma política efetiva de educação permanente como instrumento de mudança de práticas dos trabalhadores na gestão do cuidado; a importância da construção de mecanismos de gestão do trabalho que valorizem os profissionais; e o fortalecimento do apoio matricial às equipes de AB. O Conasems apresentou ainda a importância de articulação vertical da AB com os demais níveis de atenção que, em geral, são ofertados de forma fragmentada; o reforço das práticas de monitoramento e avaliação como parte integrante do processo de planejamento; e o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão e planejamento regional<sup>19</sup>.

O principal documento que sintetiza a posição da gestão federal a respeito de suas propostas para a AB na gestão que se iniciava em 2011 foi o planejamento estratégico do MS. O órgão desenvolveu um processo de planejamento no qual definiu 16 objetivos estratégicos, subdivididos em 131 estratégias, das quais 13 estavam intimamente relacionadas às ações sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica. Essas estratégias apontavam para a relevância da ampliação e qualificação das ações dos agentes comunitários de saúde (ACS) e das equipes de saúde da família; da universalização do acolhimento à demanda espontânea, com avaliação de risco na AB; da instituição de programas que atendessem a especificidades loco regionais; do aumento de incentivos e implementação de dispositivos para a melhoria do acesso e da qualidade da AB e satisfação dos

usuários; da ampliação de investimentos direcionados à qualificação da infraestrutura e condições de funcionamento das UBS; do aperfeiçoamento do sistema de informação da AB; e do fortalecimento da promoção da alimentação saudável, de práticas corporais e práticas integrativas e complementares. Além disso, estavam previstas uma série de estratégias relacionadas às redes de atenção à saúde prioritárias (saúde da mulher e criança, urgência e saúde mental), sob a responsabilidade da AB<sup>20</sup>.

Ainda em 2011, o CNS publicou a Resolução nº 439, na qual apresentava medidas que visavam colocar a AB no centro do debate da organização das redes de atenção à saúde. A principal delas estava relacionada ao aumento do financiamento, principalmente por parte das esferas federal e estadual, bem como a implementação de “... *ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na estratégia de saúde da família*” fosse fortalecida, na perspectiva de efetivação desse nível de atenção como principal porta de entrada do sistema de saúde, com aumento da sua resolutividade e capacidade de coordenar o cuidado. Além disso, nessa resolução, o CNS apontava para a relevância da introdução de iniciativas que pudessem captar a satisfação dos usuários como dispositivo para a correção e orientação da política; implementar programas que procurassem assegurar profissionais de saúde em todos os contextos, sobretudo nos mais vulneráveis; e instituir mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços de AB<sup>17</sup>.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada naquele mesmo ano, dedicou 1 de suas 15 diretrizes para apresentar um quadro de propostas vinculadas à AB e o seu papel no fortalecimento do SUS. Entre as propostas presentes no relatório final da conferência foram encontradas 59 ocorrências das expressões *atenção básica*, *atenção primária* e *saúde da família*. Entre elas, ganham destaque o aumento dos recursos financeiros destinados a AB, de maneira a viabilizar a ampliação e qualificação dos serviços, com prioridade para a ESF e com financiamento diferenciado para realidades que alcancem melhores resultados; o aumento das coberturas populacionais da ESF, saúde bucal e dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF); o aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação e interação entre a AB e os demais níveis de atenção; o aumento de recursos para a construção e reforma de UBS; a implantação de acolhimento com classificação de risco e ampliação do horário de funcionamento dos serviços de AB; o aperfeiçoamento do sistema de informação, com informatização e implantação de

prontuário eletrônico (PE) nas UBS; e o fortalecimento do controle social e a participação popular na definição da dinâmica de funcionamento dos serviços de AB<sup>16</sup>.

A identificação das ideias e posições dos atores que se articulam em torno de um determinado tema são centrais na análise da evolução do desenvolvimento de políticas públicas, dado que elas definem os problemas, afetam as interações estratégicas entre os atores e reduzem o leque de opções que serão consideradas no momento da formulação ou mudança de uma determinada política<sup>22</sup>. Além disso, a força dos atores engajados na arena política pode tencionar para uma maior chance de abertura de espaços favoráveis à mudança, dado que a estabilidade da política depende da composição da arena e a força relativa dos atores com capacidade de influenciar ou vetar possíveis transformações<sup>23</sup>.

Para fazer prevalecer seus interesses, o MS teve que iniciar uma agenda de negociação no âmbito da CIT, dado que, ainda que houvesse muitos pontos de intersecção na agenda dos governos federal, estaduais e municipais, ainda havia discordâncias quanto aos modos de se enfrentar os problemas. As amarras que obstaculizavam um processo de mudança, paulatinamente foram sendo rompidas e, a partir de 2011, vários documentos normativos foram publicados, alterando as condições anteriores da política, culminando com a publicação de uma nova PNAB no final daquele ano<sup>24</sup>. No quadro 1 estão sumarizados os pontos mais relevantes nesse processo de reforma da política.

Quadro 1. Características da Política Nacional de Atenção Básica Anterior e Pós a Reforma

| <b>Elemento</b>                                      | <b>Política Anterior (até 2011)</b>  | <b>Política Pós Reforma (a partir de 2011)</b>   |
|--|--|--|
| <b>Padrão Organizativo</b>                           | Modelo único de composição das equipes de Saúde da Família   | Ampliação das possibilidades de composição da carga horária das equipes de Saúde da Família                                  |
| <b>Mecanismos e Ampliação do Financiamento</b>       | Financiamento fixo linear e financiamento variável única e exclusivamente determinado pelo credenciamento e implantação de equipes | Financiamento fixo diferenciado por elementos socioeconômicos e financiamento variável baseado em desempenho (PMAQ)          |
|  | Implantação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica em municípios de maior porte populacional                    | Universalização da possibilidade de implantação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica                    |
|  | Financiamento do PAB Variável para equipes de Saúde da Família   | Reconhecimento de equipe de AB ajustadas a contextos específicos (Consultório na Rua, eSF Ribeirinhas e UBS Fluviais)        |
|  | Financiamento em infraestrutura por meio de convênios e emendas parlamentares  | Incorporação de investimento direto para a construção, ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)    |
| <b>Acesso e Qualidade</b>                            | Ampliação do acesso com o aumento da cobertura populacional  | Qualificação da política com centralidade no monitoramento, avaliação e transferência de recursos mediante desempenho (PMAQ) |
| <b>Transformação Digital e Sistema de Informação</b> | Sistema com informações agregadas por serviço e ausência de comunicação informacional com outros sistemas (SIAB)                   | Sistema com informações individualizadas por usuário e comunicação informacional com outros sistemas (e-SUS AB)              |
| <b>Provimento de Profissionais Médicos</b>           | Contratação de médicos exclusivamente pelas gestões municipais   | Introdução da contratação de médicos pelo MS por meio do Programa Mais Médicos   |

Fonte: Elaboração própria

## Discussão

Como sugere Kingdon, os processos de transformação de políticas públicas requerem, em sua fase de montagem da agenda, além de problemas identificados (*fluxo de problemas*) e soluções que possam enfrentá-los (*fluxo de soluções*), que o ambiente político e as forças organizadas empreendam o processo de mudança (*fluxo político*)<sup>23</sup>. Nesse sentido, a conjunção dos elementos apontados pelos gestores do SUS e pelo controle social, associada à mudança na composição do governo parecem ter favorecido, nos termos do autor, a abertura de uma janela de oportunidades para a implementação de uma série de mudanças na PNAB, a partir de 2011.

Os problemas identificados pelas SES revelam maior preocupação com aspectos relacionados à gestão, dando menor ênfase a temas vinculados a problemas mais concretos vivenciados pelos municípios que extrapolem o campo da gestão. Esse caráter mais genérico presente no espectro de incômodos explicitados pode estar vinculado ao dilema construído historicamente a respeito das responsabilidades da gestão estadual na implementação da AB<sup>25</sup>.

Além de um maior detalhamento e explicitação de sugestões mais diretas, em contraste com o documento dos estados, destaca-se o peso que os municípios atribuem à questão do financiamento, como fator de constrangimento para a expansão da AB no país. Em diversos momentos, o documento sugere a inviabilidade da política diante de um quadro em que os municípios já não encontravam mais soluções possíveis para a superação dos obstáculos para a ampliação do acesso e a qualificação dos serviços existentes.

As estratégias presentes no planejamento do MS revelam aquilo que os gestores federais introduziram em sua agenda de prioridades para o período subsequente e apontam para as medidas que passariam a ser implementadas. Diferentemente dos documentos que indicavam a perspectiva dos demais atores, por seu poder de agendamento da política, as ações do MS passaram a balizar o debate e a constranger as medidas que seriam empreendidas dali por diante. Cumpre destacar que é possível perceber certa convergência entre a agenda colocada pelo MS e muito dos temas que vinham se adensando a partir dos posicionamentos públicos apresentados pelos demais níveis de gestão.

A Resolução nº 439 do CNS sumariza muito daquilo que já estava presente no relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, mais uma vez atribuindo grande

relevo para a temática do financiamento, e antecipa aquilo que seria consolidado no relatório final da conferência seguinte. O relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde, na maior parte do seu conteúdo sobre a AB, converge com a agenda dos gestores, revelando uma possível congruência das posições destes com as proposições que a sociedade civil organizada identificava como mais relevantes, ou a capacidade de articulação dos gestores para aprovarem seus interesses nas estruturas deliberativas da conferência.

Buscando enfrentar o problema do acesso aos serviços de AB, reconhecendo as dificuldades dos municípios em atrair e fixar profissionais médicos, sobretudo em regiões remotas e periferias das grandes cidades, a política diminuiu a rigidez das possibilidades de composição de carga horária médica. Durante muito tempo, gestores municipais indicaram a dificuldade de atração de médicos para atuarem em UBS em tempo integral e reivindicaram a possibilidade de manterem os financiamentos federais, mesmo com médicos atuando com cargas horárias inferiores a 40 horas<sup>26</sup>. Como medida para mitigar esse cenário, a PNAB ampliou as possibilidades de composição da carga horária médica em equipes da ESF, permitindo que ela pudesse ser constituída de diversificadas maneiras, com médicos que somassem 40 horas, ou até mesmo com apenas um médico de 20 horas, com financiamento reduzido. Outra alternativa prevista foi a possibilidade de médicos poderem destinar parte de sua carga horária para realizarem atendimento na rede de urgência ou ações de apoio matricial<sup>24</sup>. Com essa medida, pretendia-se normatizar uma situação que já se verificava na realidade. Como aponta a literatura, gestores municipais estabeleciam acordos informais com médicos para cumprirem carga horária inferior àquela estabelecida pela norma na tentativa de atrair profissionais<sup>26</sup>, comprometendo o desenvolvimento e qualidade da oferta de AB.

Como notou-se anteriormente, o tema do financiamento figurou como problema consensual abordado pelos atores envolvidos no processo de discussão da PNAB, que indicavam a necessidade de ampliação e aperfeiçoamento dos mecanismos de repasses de recursos. Uma marcada característica do financiamento no SUS é o seu caráter *top down*, com intensa capacidade de indução e constrangimento das práticas implementadas nos diferentes níveis de gestão<sup>12</sup>. Por esse motivo, o tema atraiu centralidade nos debates e entraves que envolveram o processo de mudanças na PNAB.

Até 2011, o único critério utilizado para definição do volume de recursos a serem transferidos para cada municipalidade, por meio do PAB fixo, foi o critério populacional, no qual o MS transferia regularmente um valor por habitante/ano. Incorporando elementos de equidade, a política inseriu um mecanismo redistributivo no qual os municípios foram categorizados conforme o seu grau de desenvolvimento socioeconômico, sendo que os menores e mais pobres passaram a ter um valor por habitante/ano superior aos demais<sup>12,24</sup>. Quanto ao PAB Variável, que anteriormente era transferido aos municípios apenas considerando o registro de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), passou a contar com um componente de qualidade no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ). A partir do programa, o financiamento das equipes da ESF passou a ser determinado também pelo seu desempenho, aferido por processos de monitoramento de indicadores de saúde e pelo alcance de padrões de qualidade dos serviços<sup>24,27</sup>.

Ao mesmo tempo, a política ampliou as possibilidades de municípios menores acessarem os incentivos para implantação dos NASF, antes restritos às maiores municipalidades, e reconheceu, com a introdução de repasses de recursos nacionais, a implantação de diversificados modos de organização de equipes de AB para atenderem especificidades de contexto como o Consultório na Rua, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as UBS Fluviais. A PNAB foi se moldando a aspectos de realidades singulares que apresentavam muita dificuldade em se encaixar no regramento anterior. As normas de funcionamento dessas equipes mantiveram os princípios e diretrizes da ESF, mas admitiram formas organizativas que viabilizavam a existência de serviços de AB que, de outro modo não se viabilizariam<sup>28</sup>.

Ainda quanto ao financiamento, o padrão anterior de transferência dos recursos do MS para intervenções na infraestrutura das UBS era por meio de convênios caracterizados pela baixa, dificultosa e lenta execução, ou por emendas parlamentares, de caráter discricionário, marcadas por elementos de natureza clientelística, sem necessariamente vincular as necessidades de aprimoramento das unidades com a priorização dos projetos financiados. Esse quadro é transformado com a instituição do Programa de Requalificação de UBS, no qual o MS passou a transferir recursos diretos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde para a construção, reforma e ampliação de UBS. O programa garantiu aos municípios a possibilidade de acessar diretamente fundos para o financiamento de obras e, desde

então, iniciou um ciclo de transformação das condições de funcionamento das UBS, que seguiam apresentando importantes carências estruturais<sup>29</sup>.

Desde o início do processo de implantação da ESF, uma das principais características da política foi o esforço permanente em manter um intenso ritmo de adesão e ampliação da cobertura populacional. No entanto, como vimos anteriormente, a partir do reconhecimento das diversas dificuldades que passaram a impor obstáculos para a expansão da ESF, assim como o reconhecimento de que, embora o programa tenha sistematicamente apresentado resultados positivos, eram necessárias medidas que pudessem incentivar a melhoria da qualidade da oferta dos serviços de AB. Na esteira desse debate, o processo de reforma da PNAB introduziu um importante mecanismo indutor de qualidade ao vincular o repasse de recursos federais à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade por meio do PMAQ<sup>24,27</sup>.

Um dos principais objetivos do PMAQ era provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais, alterando a estrutura de preferências e o comportamento desses atores. Com uma lógica vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, de cuidado e de gestão do cuidado, o programa demarcou um conjunto de elementos estruturantes que deveriam ser tratados como prioritários na conformação de uma AB mais acessível e resolutiva<sup>27,30</sup>. Estudos mostram que o PMAQ tem contribuído com maior intensidade na reorientação de processos de trabalho, tendo como um de seus mais importantes elementos mobilizadores o pagamento por desempenho<sup>31,32</sup>.

Outro importante elemento que passou a constituir a política foi o processo de transformação digital com a implantação de dispositivos informatizado de registro, utilização e recuperação de dados. Como aponta a literatura, o uso de PE potencializa a capacidade da AB exercer sua função coordenadora do cuidado, uma vez que permite aos profissionais acessarem informações mais detalhadas e em tempo oportuno, de ações e intervenções realizadas nas UBS, como também em outros níveis de atenção<sup>33</sup>.

Desde 1998, o sistema de informação utilizado para o registro e acompanhamento das ações desenvolvidas nas UBS foi o Sistema de Informação da Atenção Básica, que possuía como principal característica a possibilidade de disponibilizar informações territorializadas, contribuindo com o planejamento das equipes e gestores, uma vez que permitia a agregação de dados por área de atuação

de cada serviço e equipe<sup>30</sup>. Contudo, a nova realidade de saúde digital impulsionou um movimento de transformação nos modelos de desenvolvimento e implementação de sistemas informacionais, que passaram a exigir informações individualizadas, somente possíveis de serem efetivamente captadas com o emprego de PE<sup>34</sup>. Os elevados custos para a aquisição de equipamentos e o desenvolvimento ou compra de *softwares* obstaculizaram o ritmo de crescimento da utilização de PE na AB. Estudo realizado em 2008 pelo MS, apontou que apenas 4,7% das equipes utilizavam PE, com maior concentração nas regiões centro-sul do país<sup>35</sup>. A reversão desse quadro começou a ocorrer na medida que o tema ganhou maior centralidade na agenda de implementação da PNAB, principalmente a partir da instituição da estratégia e-SUS Atenção Básica, que permitiu aos municípios acesso gratuito de ferramenta de PE para implantação em suas UBS<sup>34</sup>.

No que concerne ao cenário de oferta e distribuição da mão-de-obra médica para a AB, o Brasil sempre foi caracterizado pela escassez, com número insuficiente de médicos por habitante, quando comparado com outros países, e má distribuição no território<sup>13</sup>. Essa escassez foi se configurando como um dos principais entraves para a expansão do acesso e melhoria da qualidade da AB, e pauta reivindicatória constante entre gestores e usuários<sup>13</sup>. Iniciativas para a regulação e o provimento em áreas com maiores dificuldades para a atração de médicos foram tomadas ao longo das últimas décadas, mas que alteraram marginalmente o quadro geral de carestia<sup>36</sup>. Como vimos anteriormente, o enfrentamento desse problema preenchia o elenco de preocupações da totalidade dos atores envolvidos na arena de discussões sobre as necessidades de aperfeiçoamento da PNAB e, no processo de mudanças implementadas na política, o MS instituiu o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), que tinha como principal objetivo prover e incentivar trabalhadores médicos a atuarem na AB, em localidades com maior dificuldade para o provimento, lançando mão de dispositivos de educação à distância e supervisão pedagógica, associados a pontuações adicionais em exames de residência médica<sup>36</sup>.

Dois anos depois, na esteira dos movimentos de contestação ao governo central eclodidas em meados de 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos (PMM), intensificando as medidas que pretendiam mitigar o problema da escassez médica no Brasil. Embora os movimentos não tratassem particularmente de questões vinculadas à saúde, o governo entendeu haver ali uma janela de oportunidade para inserir no pacote de medidas que visavam arrefecer as críticas ao

governo, um programa que já vinha sendo gestado nas instâncias técnico-burocráticas do MS<sup>37</sup>.

O PMM apresentou duas medidas de maior amplitude como alternativas para a superação da insuficiência da força de trabalho médica, quais sejam, o aumento do número de vagas nas escolas de formação médica e a atração de profissionais brasileiros e estrangeiros formados em outros países. Além disso, o programa previa como medida estruturante a alteração da grade curricular dos cursos de medicina na perspectiva de adequar a formação dos futuros médicos às demandas da rede básica de saúde e incluiu critérios de obrigatoriedade de realização de residência em medicina geral de família e comunidade como pré-requisito para o acesso da maior parte das demais residências<sup>37</sup>.

É importante destacar que, diferentemente das demais questões, a instituição do PMM sofreu forte resistência de atores que se engajaram contra as medidas governamentais. As entidades médicas, orientadas por princípios corporativistas, impuseram obstáculos para a efetivação do programa, sobretudo no seu componente de atração de profissionais formados em outros países, apresentando como argumento a má qualidade da formação de médicos no exterior, incompatível com a necessidade do sistema de saúde brasileiro<sup>37</sup>. No outro lado da disputa, entre os gestores havia uma posição hegemônica de que as soluções apresentadas no âmbito do PMM poderiam equacionar o problema da escassez médica, principalmente nas áreas mais remotas, nos menores municípios e nas periferias das grandes cidades e regiões metropolitanas, localidades nas quais se concentravam a maior parte da demanda<sup>13,37</sup>.

Desde sua implementação o PMM tem sido objeto de um grande volume de estudos que vêm demonstrando seus importantes efeitos sobre a realidade da AB no Brasil<sup>38</sup>. O programa avançou no provimento emergencial e no desenvolvimento da educação médica, reduziu iniquidades em saúde com a melhoria da qualidade da relação médico-paciente e a integração das práticas de diferentes profissionais das equipes, impactando no acesso e integralidade na AB<sup>38</sup>.

### **Considerações finais**

Mesmo que tenha havido certa multiplicidade de eventos ou modificações que foram sendo construídas ao longo das últimas duas décadas, o período estudado

revela um esforço dos diferentes atores implicados com a implementação do SUS no sentido de superar a inércia institucional, entrelaçando propósitos práticos comuns em direção ao aperfeiçoamento da AB brasileira. Tais mudanças resultam de contínuas contestações políticas e periódicos ajustes num processo de adaptação, considerando o ambiente econômico, social e político que, ao longo do tempo, foi impondo restrições e limites para o desenvolvimento da política de AB.

De maneira geral, os principais elementos que passaram a constituir a PNAB, a partir de 2011, dialogaram com os temas mais relevantes que ocuparam a agenda de reivindicações e posicionamentos sobre as necessidades de ajustes na política. Foram incorporadas novas possibilidades de composição da carga horária médica das equipes da ESF; o financiamento federal inseriu conteúdos de diferenciação socioeconômica em favor de contextos mais pobres e de maior dispersão populacional, além de resultados produzidos pelas equipes; os incentivos financeiros nacionais para o apoio às equipes da ESF, por meio do NASF, deixou de ser restrito a municípios maiores; o financiamento federal reconheceu a implantação de equipes de AB para atenderem especificidades de contexto como o Consultório na Rua, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as UBS Fluviais; os problemas relacionados às condições de infraestrutura das UBS passaram a contar com financiamento direto para a construção, ampliação e reforma de unidades; um novo sistema de informação, com a implantação de ferramenta de PE e informações individualizadas substituiu aquele que condicionava o uso de dados em formato agregado e impedia a comunicação informacional entre diferentes sistemas e níveis de atenção; e a implantação de um amplo programa vocacionado a enfrentar as dificuldades de atração, fixação e formação de médicos alterou o cenário geral da mão-de-obra médica no país.

A partir da análise das questões identificados, entendemos que as mudanças aqui elencadas possuem um caráter incremental, mas com significativo potencial transformador da realidade da AB no Brasil. Em diferentes frentes a política aglutinou novos aspectos às instituições previamente existentes, em algumas situações contestando-as e em outras ajustando-as. De todo modo, os potenciais resultados produzidos sobre a organização dos serviços de AB nos diferentes contextos e sobre o aperfeiçoamento dos processos de gestão e de cuidado, assim como sobre as condições de saúde da população, ainda precisam ser melhor investigados em

estudos que aprofundem análises a respeito dos impactos dos diferentes elementos que passaram a constituir a PNAB.

## Referências

1. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
2. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. Saúde Coletiva 2001; 6(2): 269-291.
3. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública 1993; 9(2): 177-184.
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
5. 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.
6. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impacto of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ 2014; 349(g4014): 1-10.
7. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili 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): 968-977.
8. 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): 2.177-2.181.

9. 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.
10. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(esp. 1):18-37.
11. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [acesso em 14 nov 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
12. Mendes A, Marques RM. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2014; 38(103): 900-916.
13. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Mass LWD, Carvalho CL, Faria EO. O impacto do programa mais médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2.675-2.684.
14. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero, AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 132-153.
15. 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
16. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o US; SUS na seguridade social; Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 07 de Abril de 2011. *Diário Oficial da União* 02 mai 2011; Seção 1.

18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília, DF: CONASS; 2009.
19. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *A atenção básica que queremos*. Brasília, DF: Conasems; 2011.
20. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1997.
22. Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Política Pública, seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
23. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2. ed. Ann Arbor: University of Michigan; 2003.
24. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 de out 2011; Seção 1, p. 48-55.
25. Heinzelman R, Cabral K, Fagundes S, Amorim A, Rithi L. Tessituras do apoio na gestão do SUS: o fortalecimento da gestão estadual na atenção básica no Rio Grande do Sul. In: Fagundes SMS, Amorim ASL; Righi LB; Heinzelmann RS, organizadores. *Atenção básica em produção: tessituras do apoio na gestão estadual no SUS*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 17-35.
26. Girardi SN, Carvalho CL. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: Falcão A, Santos Neto PM, Costa PS, Belisário SA, organizadores. *Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 157-190.

27. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* 2014; 38(esp.): 358-372.
28. Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes do consultório na rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Ver. Panam. Salud Publica* 2018; 48:1-6.
29. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(8): 1-14.
30. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde Debate* 2018; 42(esp. 1): 289-301.
31. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J. Ambulatory Care Manage* 2017; 40(2 sup.): S4-S11.
32. Saddi FC, Harris MJ, Coelho GA, Pêgo RA, Parreira F, Pereira W, et al. Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ) a mixed-method approach. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10): 1-14.
33. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. Educ. Saúde* 2017; 15(2): 373-398.
34. Sousa AN, Cielo AC, Gomes IC, Oliveira Júnior JG, Costa MLS. Estratégia e-SUS AB: transformação digital na atenção básica do Brasil. In: *TIC Saúde 2018: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros*. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2019. p. 29-38.
35. Ministério da Saúde. *Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

36. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* 2013; 17(47):913-926.

37. Gomes LB. A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Clínica Médica] - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

38. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde Soc.* 2018; 27(3): 794-808.

## 5.2 COMO OS BRASILEIROS ACESSAM A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: EVOLUÇÃO E ADVERSIDADES NO PERÍODO RECENTE (2012-2018)

How Brazilians access Primary Health Care: evolution and adversities in the recent period (2012-2018)

Artigo aceito para publicação na revista *Ciência e Saúde Coletiva*

Sousa, A.N.A, Shimizu, H.E.. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: Evolução e adversidades no período recente (2012-2018). *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2020/Mai). [Citado em 07/07/2020]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/como-os-brasileiros-acessam-a-atencao-basica-em-saude-evolucao-e-adversidades-no-periodo-recente-20122018/17587>

### **Allan Nuno Alves de Sousa**

**Instituição:** Ministério da Saúde; **Email:** alunos@gmail.com; **ORCID:** 0000-0002-8689-1347

### **Helena Eri Shimizu**

**Instituição:** Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva; **Email:** helena.eri.shimizu@gmail.com; **ORCID:** 0000-0001-5612-5695

**Resumo** *O objetivo do estudo é analisar o acesso à atenção básica no Brasil, entre 2012 e 2018, considerando a disponibilidade de serviços, as características físico-estruturais, temporais e organizacionais das unidades básicas de saúde e das equipes, apontando seus principais avanços e obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos. Estudo descritivo transversal e longitudinal, que utilizou a base de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB e dados de cobertura populacional do Ministério da Saúde. Foram selecionadas 15.378 equipes e mobilizados dados de 59.354 usuários referindo-se às equipes selecionadas para 2012 e 56.369 para 2018. Constataram-se melhorias quanto à disponibilidade de serviços e nas condições de estrutura física e arquitetônica; a maioria das equipes implantaram e/ou qualificaram o acolhimento à demanda*

*espontânea, incluindo atendimento a urgências, melhoraram os modos de organização da agenda para favorecer um contato mais fluído entre usuários e profissionais de saúde e qualificaram os modos de agendamento e diminuíram os tempos de espera entre o agendamento e o atendimento. Contudo, foram constatadas a persistência de problemas recorrentes que precisam ser enfrentados para a melhoria do acesso à atenção básica no país.*

**Palavras-Chave** *Atenção Básica, Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento*

**Abstract** *The objective of the study is to analyze access to primary care in Brazil, between 2012 and 2018, considering the availability of services, physical-structural, temporal and organizational characteristics of the primary care units and teams, pointing out their main advances and more important obstacles to its improvement, in different contexts. Descriptive cross-sectional and longitudinal study, with a quantitative approach based on secondary data from the National Program for the Improvement of Access and Quality of PC and population coverage data from the Ministry of Health. 15,378 teams were selected and data from 59,354 users were mobilized referring to the teams selected for 2012 and 56,369 for 2018. Improvements were noted in terms of service availability and in terms of physical and architectural structure; the majority of the teams implemented and / or qualified the reception to spontaneous demand, including emergency care, improved the ways of organizing the agenda to favor a more fluid contact between users and health professionals, and qualified the scheduling modes and reduced the times of appointment. However, the persistence of recurring problems that need to be faced in order to improve access to primary care in Brazil was found.*

**Palavras-Chave** *Atenção Básica, Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento*

## **Introdução**

O acesso à saúde representa categoria de fundamental relevância para a análise de todo sistema de saúde, dado que é capaz de revelar com maior nitidez elementos de natureza social e política presentes no processo de construção de políticas de saúde<sup>1</sup>. No cenário brasileiro recente, o acesso à saúde figura como um dos mais importantes temas de debate, quando se toma em conta a efetivação do direito à saúde previsto na Constituição de 1988. Ao longo das últimas décadas,

inúmeras iniciativas e esforços foram sendo gestadas e implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva de assegurar a ampliação do acesso à população a serviços de saúde em todos os níveis de atenção<sup>2,3</sup>, contribuindo para a mitigação das profundas desigualdades que insistem em existir no país.

Nesse contexto, a atenção básica (AB) ganha destaque por sua capilaridade e capacidade de deslocar uma dada ênfase do cuidado em saúde, quase que exclusivamente centrada nos serviços, para uma perspectiva que pressupõe que as condições de saúde dos indivíduos estão fortemente relacionadas às dimensões sociais, políticas e econômicas em que estão inseridos<sup>4</sup>.

Um dos principais elementos que caracterizam a AB é a sua proximidade territorial ao local de moradia das pessoas e sua maior possibilidade de funcionar como ponto de primeiro contato do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços de AB no Brasil ganhou maior impulso a partir da criação da Saúde da Família (SF) em meados dos anos 90 e, desde então, o país vivenciou um período de rápida expansão das coberturas populacionais, marcado por momentos de maior ou menor expansão a depender do momento político e econômico vivido pelo país, e por significativas diferenças regionais. A cobertura nacional da SF saiu de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018, com um crescimento médio anual para o período igual a 2,9 pontos percentuais<sup>5</sup>.

Como resultado desse aumento das coberturas de AB, variados estudos passaram a evidenciar os bons resultados produzidos pela SF, demonstrando a sua capacidade de produzir importantes efeitos nas condições de saúde da população, melhorando o acesso e a utilização de serviços, impactando nos indicadores de mortalidade infantil e adulta, para algumas condições sensíveis à AB, ampliando o acesso a tratamentos e melhorando a equidade e a eficiência do SUS, considerando a sua contribuição para a redução de hospitalizações desnecessárias<sup>6</sup>.

Contudo, estudos evidenciam que, apesar de amplas coberturas e dos bons resultados produzidos pela AB, ainda persistem importantes obstáculos para o acesso à rede básica de saúde no Brasil. Existem vazios assistenciais com necessidade de ampliação da oferta de serviço e cadastramento de usuários<sup>7</sup>; má distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao longo do território<sup>8</sup>; barreiras arquitetônicas na estrutura física das UBS que dificultam a utilização dos serviços, principalmente para pessoas com dificuldade de mobilidade<sup>9</sup>; inadequação do horário de funcionamento para atender às necessidades dos usuários<sup>8</sup>; inexistência ou baixa qualidade do

acolhimento<sup>10</sup>; restrições para o agendamento de atendimentos<sup>11</sup>; e longos tempos de espera entre o agendamento e o atendimento<sup>8,10</sup>.

Como aponta a literatura que trata do tema, a conceituação do termo acesso possui um caráter polissêmico, encontrando diversificadas abordagens teórico-metodológicas que procuram delinear elementos concretos que permitem a aferição da abrangência e qualidade do acesso aos serviços de saúde<sup>12-14</sup>. De todo modo, existe certa convergência em direção a um conjunto de características gerais que demarcam a ideia de acesso, com destaque para a disponibilidade de serviços em relação à necessidade<sup>12,15</sup>; a localização geográfica adequada<sup>13,15,16</sup>; a oferta ajustada às condições socioeconômicas dos usuários<sup>12,13,15-17</sup>; a oferta que respeite normas, condutas, costumes e símbolos culturais da população<sup>15,16</sup>; o acolhimento como tecnologia de facilitação do modo como os serviços recebem e escutam os usuários<sup>15</sup>; a adequação funcional na perspectiva organizativa, com o ajustamento da maneira como os serviços se organizam e se adaptam para assegurar e facilitar a entrada e o percurso dos usuários durante o seu contato com a unidade de saúde<sup>15</sup>; a continuidade do tratamento nas situações em que se exige<sup>17</sup>; e a aceitabilidade, que representa a relação entre as atitudes dos usuários frente ao que lhes é oferecido e a disposição dos trabalhadores em garantir um bom cuidado<sup>12,15</sup>.

Para Donabedian, o acesso pode ser diferenciado em duas grandes dimensões, geográfica e sócio-organizacional, enquanto a primeira engloba os fatores que podem aumentar a dificuldade de alcançar o serviço de saúde, tais como distância, tempo e custo para o deslocamento, a segunda se refere a todas as demais características que envolve o acesso, tais como a maneira de ingressar e receber o cuidado na unidade de saúde<sup>16</sup>. Ao mesmo tempo, alguns autores destacam como o conceito de acesso foi se deslocando de uma dada concepção que o entendia apenas como elemento de ingresso nos serviços para uma concepção que considera as inter-relações entre o contato e a qualidade dos cuidados recebidos<sup>14</sup>.

Como aponta Travassos<sup>14</sup>, o conceito de acesso, em muitas situações, é utilizado de maneira imprecisa e, por vezes, há variação até mesmo na terminologia adotada, sendo que alguns autores preferem utilizar o substantivo acessibilidade para se referirem àquilo que é acessível. De toda maneira, empregaremos o termo acesso como equivalente a acessibilidade para a análise desenvolvida no presente estudo. Aqui entende-se acesso a AB como a existência do serviço em quantidade suficiente, localizado em espaço geográfico que favoreça o deslocamento e o ingresso dos

usuários no serviço, com acolhimento e oferta adequada às suas necessidades, em tempo oportuno, respeitando aspectos de natureza socioculturais.

O objetivo do presente estudo é analisar o acesso dos usuários à AB no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando a disponibilidade de serviços, características físico-estruturais, temporais e organizacionais das UBS e equipes, apontando seus principais avanços e mais importantes obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos.

## **Método**

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 e dados sobre as coberturas populacionais de AB, disponíveis no site do Ministério da Saúde (MS), para a análise da disponibilidade de serviços de AB<sup>5</sup>.

A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta. Ao mesmo tempo, 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 e, para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6/equipe). A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa, lideradas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal do Pará (UFPA).

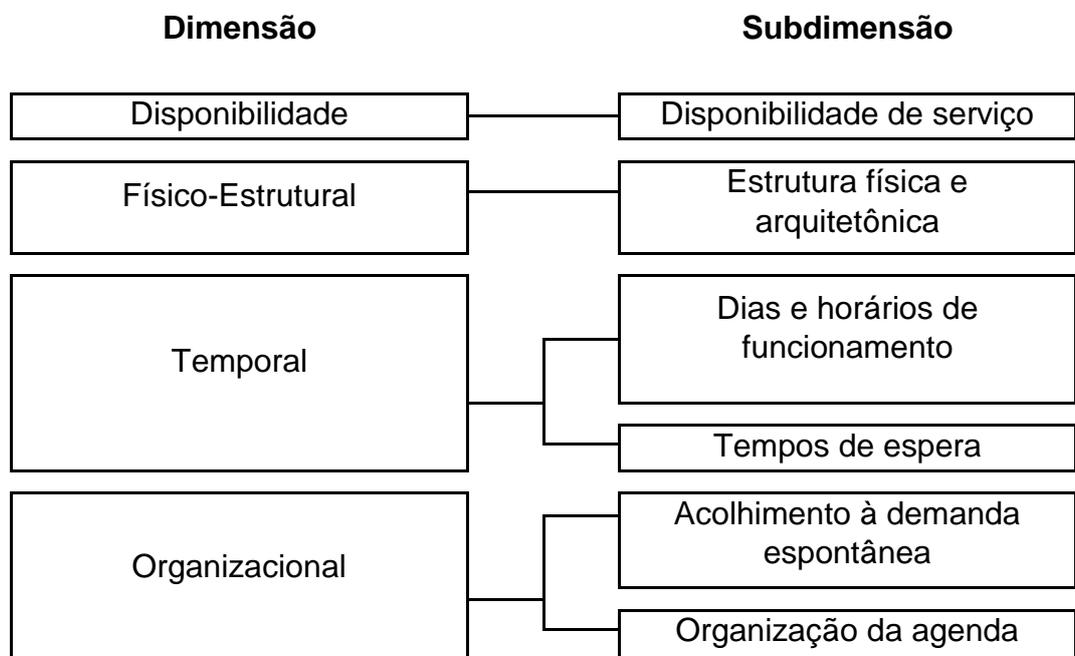
Realizou-se estudo longitudinal, a partir da seleção de uma amostra que compreende o subconjunto de equipes que participaram tanto do 1º, quanto do 3º ciclo do programa, de modo a permitir análise que detecte mudanças no comportamento das dimensões relacionadas ao acesso para os mesmos casos com o passar do tempo, ou seja, buscou-se analisar se para cada variável selecionada constatou-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, de modo a permitir análise longitudinal dos mesmos casos. Os resultados concernentes às UBS foram replicados para todas as equipes que atuavam na mesma UBS, 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 se havia viés na distribuição das equipes que compõem a amostra, realizamos um 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 a totalidade de equipes participantes do PMAQ.

Foram selecionadas variáveis que pudessem informar a situação do acesso à AB conforme as 4 dimensões analisadas: *disponibilidade*, *físico-estrutural*, *temporal* e *organizacional*, organizadas em 6 subdimensões conforme apresentado no diagrama abaixo:



**Figura 1.** Dimensões e subdimensões de análise.

Para cada subdimensão 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 mantiveram inalteradas, 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 analisados, somente foram mobilizadas questões que mantiveram a congruência em seu objeto e sentido. Ao todo foram escolhidas 16 variáveis que se referem a dados das UBS e organização das equipes, tais como se a unidade é adaptada para permitir a entrada de cadeirantes, quais os dias da semana e horários de funcionamento, se a equipe possui acolhimento à demanda espontânea, se facilita o contato dos usuários para tirarem dúvidas pós consulta e qual o tempo de espera entre o agendamento da consulta e o atendimento; e 11 variáveis que se referem a percepção dos usuários, tais como se o horário de funcionamento da UBS atende às suas necessidades, se ele consegue ser escutado mesmo sem ter consulta agendada e se a consulta é realizada com horário marcado.

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 ao acesso 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 subdimensão *disponibilidade de serviço*, entre os anos de 2012 e 2018 as coberturas populacionais de AB no Brasil, aumentaram de 68,3% para 74,6%. Quando se considera apenas as coberturas pela Estratégia Saúde da Família (ESF),

a variação foi de quase 10 pontos percentuais, partindo de 55,5% (33.899 equipes) e alcançando 64,2% (43.016 equipes).

Contudo, os dados nacionais agregados encobrem importantes diferenças regionais. Em 2018, enquanto o sudeste possuía 68,6% de cobertura de AB e apenas 53,0% de cobertura pela ESF, o nordeste possuía, respectivamente, 83,4% e 79,7%. O maior incremento na cobertura de AB geral, para o período analisado, foi no norte (63,1% - 71,4%) e para a ESF no sul (54,9% - 66,3%).

Quanto a *estrutura física e arquitetônica*, os dados revelam que houve importante melhoria nas condições estruturais das UBS para facilitar o acesso a pessoas com dificuldades de mobilidade. Aquelas unidades que possuíam porta e corredor de entrada adaptados para pessoas que utilizam cadeiras de rodas aumentou de 48,4% para 80,9%, com corredores adaptados para cadeirantes, de 35,0% para 68,5%, e portas internas adaptadas para cadeiras de rodas, de 34,8% para 67,3% (tabela 1). As regiões norte e nordeste apresentaram os melhores avanços com elevações de mais de 40 pontos percentuais para todos os elementos observados. Quanto ao porte dos municípios, foram nas menores localidades que ocorreram as melhorias mais acentuadas (tabela 1).

Para a subdimensão *acolhimento à demanda espontânea*, também pode-se observar melhoria na situação das equipes. A proporção delas que possuíam acolhimento implantando, saiu de 79,9% e alcançou 96,4%, com maior destaque para o norte e centro-oeste. Do mesmo modo, são nas menores municipalidades que se verificou as melhorias mais expressivas na oferta de acolhimento nas unidades (tabela 1). A melhoria do acolhimento nas UBS também se deu com a ampliação de dias e turnos em que ele ocorre. Em 2012, 70,3% das equipes realizavam acolhimento ao menos 5 dias da semana e 68,7% em ao menos 2 turnos, ao passo que em 2018 esses números alcançaram 90,1% e 93,7%, respectivamente (tabela 1).

Outro importante aspecto que envolve o acolhimento nas UBS é se há protocolos que orientem a prática dos profissionais para realizá-lo da maneira mais adequada e nesse quesito os dados do PMAQ também mostram evolução significativa. Enquanto em 2012, 38% das equipes possuíam protocolo, em 2018 o percentual saltou para 80,3% (tabela 1). Ainda na mesma temática, quando questionados sobre o acolhimento na unidade de saúde, os profissionais indicaram que, em 2012, 73% das equipes se organizavam para acolher situações de urgência e emergência, passando para 93% em 2018 (tabela 1).

**Tabela 1.** Estrutura Física e Arquitetônica e Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Subdimensão                     | Estrutura Física e Arquitetônica                                     |                                   |   |                                   |  |                                   | Acolhimento à Demanda Espontânea              |                                   |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
|                                 | Porta de entrada adaptada para cadeira de rodas*                     |                                   | Corredores adaptados para cadeira de rodas*                         |                                   | Portas internas adaptadas para cadeira de rodas*                 |                                   | Acolhimento à demanda espontânea implantado*  |                                   |
|                                 | 2012   | 2018                              | 2012  | 2018                              | 2012   | 2018                              | 2012  | 2018                              |
|                                 | %  | %                                 | %   | %                                 | %  | %                                 | %   | %                                 |
| <b>Região</b>                   |  |                                   |   |                                   |  |                                   |   |                                   |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 35,0<br>(31,9-38,1)  | 76,1<br>(73,3-78,9)               | 15,5<br>(13,1-17,9)   | 58,5<br>(55,3-61,7)               | 19,3<br>(16,7-21,9)  | 58,6<br>(55,4-61,8)               | 62,1<br>(58,9-65,3)                           | 93,4<br>(91,8-95,0)               |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 35,5<br>(34,2-36,8)  | 78,9<br>(77,8-80,0)               | 21,3<br>(20,2-22,4)   | 61,5<br>(60,2-62,8)               | 21,4<br>(20,3-22,5)  | 61,5<br>(60,2-62,8)               | 70,3<br>(69,0-71,6)                           | 96,0<br>(95,5-96,5)               |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 56,4<br>(55,1-57,7)  | 81,6<br>(80,6-82,6)               | 45,4<br>(44,1-46,7)   | 69,9<br>(68,7-71,1)               | 45,1<br>(43,8-46,4)  | 68,1<br>(66,9-69,3)               | 92,3<br>(91,6-93,0)                           | 95,9<br>(95,4-96,4)               |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 61,7<br>(59,8-63,6)  | 84,9<br>(83,5-86,3)               | 45,6<br>(43,7-47,5)   | 80,0<br>(78,5-81,5)               | 43,7<br>(41,8-45,6)  | 78,7<br>(77,1-80,3)               | 81,8<br>(80,3-83,3)                           | 97,7<br>(97,1-98,3)               |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 42,0<br>(39,0-45,0)  | 81,6<br>(79,3-83,9)               | 32,1<br>(29,3-34,9)   | 74,3<br>(71,7-76,9)               | 31,9<br>(29,1-34,7)  | 70,2<br>(67,4-73,0)               | 67,0<br>(64,2-69,8)                           | 99,4<br>(98,9-99,9)               |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                                   |   |                                   |  |                                   |   |                                   |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 55,3<br>(53,2-57,4)  | 86,7<br>(85,3-88,1)               | 41,2<br>(39,2-43,2)   | 77,1<br>(75,4-78,8)               | 40,0<br>(38,0-42,0)  | 75,5<br>(73,7-77,3)               | 67,9<br>(66,0-69,8)                           | 98,7<br>(98,2-99,2)               |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 41,2<br>(39,3-43,1)  | 80,5<br>(78,9-82,1)               | 28,1<br>(26,3-29,9)   | 69,0<br>(67,2-70,8)               | 28,2<br>(26,4-30,0)  | 68,9<br>(67,1-70,7)               | 73,5<br>(71,8-75,2)                           | 98,3<br>(97,8-98,8)               |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 42,2<br>(40,5-43,9)  | 80,7<br>(79,4-82,0)               | 27,1<br>(25,6-28,6)   | 66,2<br>(64,6-67,8)               | 28,3<br>(26,8-29,8)  | 65,1<br>(63,5-66,7)               | 79,5<br>(78,1-80,9)                           | 99,1<br>(98,8-99,4)               |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 41,7<br>(39,3-44,1)  | 78,7<br>(76,7-80,7)               | 27,9<br>(25,7-30,1)   | 65,6<br>(63,3-67,9)               | 28,0<br>(25,8-30,2)  | 63,1<br>(60,8-65,4)               | 78,8<br>(76,8-80,8)                           | 98,0<br>(97,3-98,7)               |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 54,6<br>(53,3-55,9)  | 79,9<br>(78,8-81,0)               | 42,7<br>(41,4-44,0)   | 67,1<br>(65,9-68,3)               | 41,7<br>(40,4-43,0)  | 66,1<br>(64,9-67,3)               | 88,4<br>(87,6-89,2)                           | 92,8<br>(92,1-93,5)               |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>48,4</b><br><b>(47,6-49,2)</b>                                    | <b>80,9</b><br><b>(80,3-81,5)</b> | <b>35,0</b><br><b>(34,2-35,8)</b>                                   | <b>68,5</b><br><b>(67,8-69,2)</b> | <b>34,8</b><br><b>(34,0-35,6)</b>                                | <b>67,3</b><br><b>(66,6-68,0)</b> | <b>79,9</b><br><b>(79,3-80,5)</b>             | <b>96,4</b><br><b>(96,1-96,7)</b> |
| Subdimensão                     | Acolhimento à Demanda Espontânea                                     |                                   |   |                                   |  |                                   |   |                                   |
| Variáveis                       | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana* |                                   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia* |                                   | Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea/urgência* |                                   | Realiza atendimento de urgência e emergência* |                                   |
|                                 | 2012   | 2018                              | 2012  | 2018                              | 2012   | 2018                              | 2012  | 2018                              |
|                                 | %  | %                                 | %   | %                                 | %  | %                                 | %   | %                                 |
| <b>Região</b>                   |  |                                   |   |                                   |  |                                   |   |                                   |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 51,7<br>(48,4-55,0)  | 84,3<br>(81,9-86,7)               | 52,7<br>(49,5-55,9)   | 92,3<br>(90,6-94,0)               | 21,2<br>(18,5-23,9)  | 55,7<br>(52,5-58,9)               | 60,6<br>(57,4-63,8)                           | 83,0<br>(80,6-85,4)               |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 53,9<br>(52,5-55,3)  | 87,0<br>(86,1-87,9)               | 53,3<br>(51,9-54,7)   | 89,4<br>(88,6-90,2)               | 26,6<br>(25,4-27,8)  | 80,4<br>(79,3-81,5)               | 68,6<br>(67,3-69,9)                           | 94,2<br>(93,6-94,8)               |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 84,6<br>(83,7-85,5)  | 90,7<br>(89,9-91,5)               | 82,0<br>(81,0-83,0)   | 95,5<br>(95,0-96,0)               | 53,7<br>(52,4-55,0)  | 83,6<br>(82,6-84,6)               | 75,8<br>(74,7-76,9)                           | 92,0<br>(91,3-92,7)               |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 78,7<br>(77,1-80,3)  | 95,4<br>(94,6-96,2)               | 77,0<br>(75,4-78,6)   | 97,5<br>(96,9-98,1)               | 36,8<br>(34,9-38,7)  | 83,1<br>(81,7-84,5)               | 82,0<br>(80,5-83,5)                           | 95,5<br>(94,7-96,3)               |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 63,2<br>(60,3-66,1)  | 94,2<br>(92,8-95,6)               | 61,0<br>(58,1-63,9)   | 95,8<br>(94,6-97,0)               | 21,6<br>(19,1-24,1)  | 75,9<br>(73,3-78,5)               | 66,4<br>(63,5-69,3)                           | 95,3<br>(94,0-96,6)               |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                                   |   |                                   |  |                                   |   |                                   |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 58,1<br>(56,1-60,1)  | 92,0<br>(90,9-93,1)               | 60,1<br>(58,1-62,1)   | 95,7<br>(94,9-96,5)               | 24,0<br>(22,2-25,8)  | 80,4<br>(78,8-82,0)               | 73,6<br>(71,8-75,4)                           | 95,1<br>(94,2-96,0)               |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 61,1<br>(59,2-63,0)  | 90,0<br>(88,8-91,2)               | 62,5<br>(60,6-64,4)   | 93,4<br>(92,4-94,4)               | 25,3<br>(23,6-27,0)  | 79,9<br>(78,3-81,5)               | 63,9<br>(62,0-65,8)                           | 94,7<br>(93,8-95,6)               |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 68,1<br>(66,5-69,7)  | 92,8<br>(91,9-93,7)               | 67,3<br>(65,7-68,9)   | 94,2<br>(93,4-95,0)               | 32,0<br>(30,4-33,6)  | 81,9<br>(80,6-83,2)               | 67,1<br>(65,5-68,7)                           | 95,7<br>(95,0-96,4)               |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 69,2<br>(67,0-71,4)  | 92,4<br>(91,1-93,7)               | 67,2<br>(64,9-69,5)   | 94,0<br>(92,9-95,1)               | 33,5<br>(31,2-35,8)  | 81,6<br>(79,7-83,5)               | 67,7<br>(65,5-69,9)                           | 94,9<br>(93,8-96,0)               |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 81,4<br>(80,4-82,4)  | 87,7<br>(86,8-88,6)               | 76,5<br>(75,4-77,6)   | 92,7<br>(92,0-93,4)               | 54,6<br>(53,3-55,9)  | 79,5<br>(78,4-80,6)               | 82,2<br>(81,2-83,2)                           | 89,7<br>(88,9-90,5)               |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>70,3</b><br><b>(69,6-71,0)</b>                                    | <b>90,1</b><br><b>(89,6-90,6)</b> | <b>68,7</b><br><b>(68,0-69,4)</b>                                   | <b>93,7</b><br><b>(93,3-94,1)</b> | <b>38,0</b><br><b>(37,2-38,8)</b>                                | <b>80,3</b><br><b>(79,7-80,9)</b> | <b>73,0</b><br><b>(72,3-73,7)</b>             | <b>93,0</b><br><b>(92,6-93,4)</b> |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup>  $n = 908$ ; <sup>(b)</sup>  $n = 5.096$ ; <sup>(c)</sup>  $n = 5.723$ ; <sup>(d)</sup>  $n = 2.600$ ; <sup>(e)</sup>  $n = 1.051$ ; <sup>(f)</sup>  $n = 2.237$ ; <sup>(g)</sup>  $n = 2.466$ ; <sup>(h)</sup>  $n = 3.363$ ; <sup>(i)</sup>  $n = 1.670$ ; <sup>(j)</sup>  $n = 5.516$ ; <sup>(k)</sup>  $n = 15.378$ .

No que diz respeito aos *dias e horários de funcionamento* das UBS também foram observadas melhorias, exceto para o funcionamento em horário de almoço. Em

2018, 97,5% das UBS funcionavam 5 ou mais dias da semana, 96,7% funcionavam ao menos 2 turnos por dia e apenas 50,5% funcionavam em horário de almoço. Não há variação expressiva entre as regiões e municípios de diferentes portes no que se refere aos dias e turnos de funcionamento, porém, para o funcionamento em horário de almoço, foram no sudeste e maiores municípios que se pode observar proporções mais elevadas (tabela 2).

Quanto a *organização da agenda* das equipes, de acordo com os profissionais, o percentual de usuários que conseguiam sair da unidade com consulta agendada, quando não havia necessidade de atendimento no mesmo dia, cresceu de 83,5% para 91,4%, com aumento mais marcado no sul e centro-oeste (tabela 2). Aumento importante também ocorreu na proporção de equipes que realizam renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem a necessidade de consultas médicas (28,4%). A agenda aberta para que os usuários possam buscar e mostrar os resultados dos exames também apresentou melhoria acentuada, saindo de 48,6% para 95,4% (tabela 2).

Quando se trata do *tempo de espera* entre o momento em que os usuários buscam o atendimento e conseguem efetivá-lo, houve pequena melhoria no percentual de equipes que asseguram a usuários com hipertensão e diabetes o agendamento de sua primeira consulta com tempo de espera máximo de até 7 dias, variando para ambos os casos de, aproximadamente, 82% para 87%, sendo que foi apenas para as equipes do norte que não se constatou melhoria (tabela 2).

**Tabela 2.** Dias e Horários de Funcionamento e Organização da Agenda, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Subdimensão                     | Dias e Horários de Funcionamento   |                             |   |                             |  |                             | Organização da Agenda   |                             |
|---------------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
|                                 | Funciona 5 ou mais dias da semana*   |                             | Funciona ao menos 2 turnos por dia*   |                             | Funciona no horário do almoço (12h às 14h)*  |                             | Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia*                    |                             |
|                                 | 2012<br>%<br>(IC95%)   | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)  | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)   | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)  | 2018<br>%<br>(IC95%)        |
| <b>Região</b>                   |  |                             |   |                             |  |                             |   |                             |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 98,0<br>(97,1-98,9)  | 98,9<br>(98,2-99,6)         | 90,6<br>(88,7-92,5)   | 96,5<br>(95,3-97,7)         | 51,7<br>(48,4-55,0)  | 44,5<br>(41,3-47,7)         | 80,8<br>(78,2-83,4)   | 87,2<br>(85,0-89,4)         |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 91,8<br>(91,0-92,6)  | 97,0<br>(96,5-97,5)         | 82,1<br>(81,0-83,2)   | 94,3<br>(93,7-94,9)         | 34,1<br>(32,8-35,4)  | 37,3<br>(36,0-38,6)         | 85,2<br>(84,2-86,2)   | 92,4<br>(91,7-93,1)         |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 96,2<br>(95,7-96,7)  | 97,2<br>(96,8-97,6)         | 95,7<br>(95,2-96,2)   | 97,7<br>(97,3-98,1)         | 79,6<br>(78,6-80,6)  | 75,7<br>(74,6-76,8)         | 88,5<br>(87,7-89,3)   | 92,3<br>(91,6-93,0)         |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 97,5<br>(96,9-98,1)  | 98,2<br>(97,7-98,7)         | 92,4<br>(91,4-93,4)   | 98,8<br>(98,4-99,2)         | 34,5<br>(32,7-36,3)  | 30,2<br>(28,4-32,0)         | 74,4<br>(72,7-76,1)   | 90,2<br>(89,1-91,3)         |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 97,0<br>(96,0-98,0)  | 98,9<br>(98,3-99,5)         | 94,0<br>(92,6-95,4)   | 98,5<br>(97,8-99,2)         | 42,7<br>(39,7-45,7)  | 32,7<br>(29,9-35,5)         | 72,3<br>(69,6-75,0)   | 88,2<br>(86,2-90,2)         |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                             |   |                             |  |                             |   |                             |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 94,3<br>(93,3-95,3)  | 98,2<br>(97,6-98,8)         | 89,1<br>(87,8-90,4)   | 98,2<br>(97,6-98,8)         | 47,3<br>(45,2-49,4)  | 42,0<br>(40,0-44,0)         | 78,6<br>(76,9-80,3)   | 91,0<br>(89,8-92,2)         |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 93,2<br>(92,2-94,2)  | 98,3<br>(97,8-98,8)         | 84,9<br>(83,5-86,3)   | 97,7<br>(97,1-98,3)         | 42,8<br>(40,8-44,8)  | 42,0<br>(40,1-43,9)         | 84,1<br>(82,7-85,5)   | 92,7<br>(91,7-93,7)         |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 94,3<br>(93,5-95,1)  | 99,2<br>(98,9-99,5)         | 87,9<br>(86,8-89,0)   | 97,9<br>(97,4-98,4)         | 46,1<br>(44,4-47,8)  | 44,1<br>(42,4-45,8)         | 84,6<br>(83,4-85,8)   | 94,9<br>(94,2-95,6)         |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 96,5<br>(95,6-97,4)  | 98,7<br>(98,2-99,2)         | 89,7<br>(88,2-91,2)   | 98,5<br>(97,9-99,1)         | 47,3<br>(44,9-49,7)  | 43,9<br>(41,5-46,3)         | 82,4<br>(80,6-84,2)   | 93,6<br>(92,4-94,8)         |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 96,5<br>(96,0-97,0)  | 95,4<br>(94,8-96,0)         | 95,0<br>(94,4-95,6)   | 94,7<br>(91,1-95,3)         | 65,9<br>(64,6-67,2)  | 63,4<br>(62,1-64,7)         | 84,8<br>(83,9-85,7)   | 88,7<br>(87,9-89,5)         |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>95,1<br/>(94,8-95,4)</b>  | <b>97,5<br/>(97,3-97,7)</b> | <b>90,3<br/>(89,8-90,8)</b>   | <b>96,7<br/>(96,4-97,0)</b> | <b>53,0<br/>(52,2-53,8)</b>  | <b>50,5<br/>(49,7-51,3)</b> | <b>83,5<br/>(82,9-84,1)</b>   | <b>91,4<br/>(91,0-91,8)</b> |
| <b>Subdimensão</b>              | <b>Organização da Agenda</b>   |                             |   |                             | <b>Tempo de Espera</b>   |                             |   |                             |
| Variáveis                       | Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica* |                             | Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames* |                             | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com hipertensão (até 7 dias)* |                             | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com diabetes (até 7 dias)* |                             |
|                                 | 2012<br>%<br>(IC95%)   | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)  | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)   | 2018<br>%<br>(IC95%)        | 2012<br>%<br>(IC95%)  | 2018<br>%<br>(IC95%)        |
|                                 |  |                             |   |                             |  |                             |   |                             |
| <b>Região</b>                   |  |                             |   |                             |  |                             |   |                             |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 66,3<br>(63,2-69,4)  | 91,2<br>(89,4-93,0)         | 45,0<br>(41,8-48,2)   | 92,2<br>(90,5-93,9)         | 88,7<br>(86,6-90,8)  | 88,0<br>(85,9-90,1)         | 89,1<br>(87,1-91,1)   | 87,9<br>(85,8-90,0)         |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 56,4<br>(55,0-57,8)  | 93,9<br>(93,2-94,6)         | 41,0<br>(39,6-42,4)   | 96,0<br>(95,5-96,5)         | 84,1<br>(83,1-85,1)  | 88,9<br>(88,0-89,8)         | 84,4<br>(83,4-85,4)   | 89,7<br>(88,9-90,5)         |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 70,4<br>(69,2-71,6)  | 87,0<br>(86,1-87,9)         | 57,2<br>(55,9-58,5)   | 94,7<br>(94,1-95,3)         | 78,0<br>(76,9-79,1)  | 82,8<br>(81,8-83,8)         | 78,5<br>(77,4-79,6)   | 83,3<br>(82,3-84,3)         |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 58,8<br>(56,9-60,7)  | 90,4<br>(89,3-91,5)         | 50,0<br>(48,1-51,9)   | 97,0<br>(96,3-97,7)         | 83,9<br>(82,5-85,3)  | 88,6<br>(87,4-89,8)         | 84,3<br>(82,9-85,7)   | 89,0<br>(87,8-90,2)         |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 50,6<br>(47,6-53,6)  | 95,4<br>(94,1-96,7)         | 35,6<br>(32,7-38,5)   | 95,4<br>(94,1-96,7)         | 90,5<br>(88,7-92,3)  | 94,7<br>(93,3-96,1)         | 91,1<br>(89,4-92,8)   | 95,3<br>(94,0-96,6)         |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                             |   |                             |  |                             |   |                             |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 54,9<br>(52,8-57,0)  | 93,8<br>(92,8-94,8)         | 35,0<br>(33,0-37,0)   | 98,4<br>(97,9-98,9)         | 91,7<br>(90,6-92,8)  | 95,3<br>(94,4-96,2)         | 91,8<br>(90,7-92,9)   | 95,6<br>(94,8-96,4)         |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 58,0<br>(56,1-59,9)  | 94,4<br>(93,5-95,3)         | 38,2<br>(36,3-40,1)   | 98,0<br>(97,4-98,6)         | 89,6<br>(88,4-90,8)  | 92,7<br>(91,7-93,7)         | 89,8<br>(88,6-91,0)   | 92,8<br>(91,8-93,8)         |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 61,4<br>(59,8-63,0)  | 94,2<br>(93,4-95,0)         | 44,1<br>(42,4-45,8)   | 98,1<br>(97,6-98,6)         | 88,1<br>(87,0-89,2)  | 93,1<br>(92,2-94,0)         | 88,6<br>(87,5-89,7)   | 93,7<br>(92,9-94,5)         |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 62,4<br>(60,1-64,7)  | 91,1<br>(89,7-92,5)         | 50,0<br>(47,6-52,4)   | 97,1<br>(96,3-97,9)         | 84,6<br>(82,9-86,3)  | 88,9<br>(87,4-90,4)         | 84,9<br>(83,2-86,6)   | 89,7<br>(88,2-91,2)         |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 67,9<br>(66,7-69,1)  | 85,9<br>(85,0-86,8)         | 61,4<br>(60,1-62,7)   | 91,3<br>(90,6-92,0)         | 71,2<br>(70,0-72,4)  | 77,0<br>(75,9-78,1)         | 71,8<br>(70,6-73,0)   | 77,7<br>(76,6-78,8)         |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>62,3<br/>(61,5-63,1)</b>  | <b>90,7<br/>(90,2-91,2)</b> | <b>48,6<br/>(47,8-49,4)</b>   | <b>95,4<br/>(95,1-95,7)</b> | <b>82,5<br/>(81,9-83,1)</b>  | <b>86,9<br/>(86,4-87,4)</b> | <b>82,9<br/>(82,3-83,5)</b>   | <b>87,5<br/>(87,0-88,0)</b> |

\* valor de p < 0,001 (razão de verossimilhança).

(<sup>a</sup>) n = 908; (<sup>b</sup>) n = 5.096; (<sup>c</sup>) n = 5.723; (<sup>d</sup>) n = 2.600; (<sup>e</sup>) n = 1.051; (<sup>f</sup>) n = 2.237; (<sup>g</sup>) n = 2.466; (<sup>h</sup>) n = 3.363; (<sup>i</sup>) n = 1.670; (<sup>j</sup>) n = 5.516; (<sup>k</sup>) n = 15.378.

De acordo com os usuários, houve ligeira melhora no número de unidades que funcionam 5 ou mais dias de semana e se manteve praticamente estável o número de unidades que funcionam ao menos 2 turnos por dia. Quando questionados sobre se o horário de funcionamento das UBS atende às suas necessidades, não houve melhora observada, no entanto, a maior parte dos usuários afirmou que sim em ambos os momentos avaliados e são nas grandes cidades que eles apontam para uma maior insatisfação nesse quesito (tabela 3).

Para a subdimensão *organização da agenda*, embora os resultados tenham demonstrado melhorias, o cenário geral ainda aponta para a existência de significativas barreiras para o acesso. Em 2012, apenas 19,3% dos usuários relataram que era possível realizar agendamento de consultas todos os dias da semana em qualquer horário durante o funcionamento da UBS, atingindo 58,1% em 2018 (tabela 3).

Ainda sobre a marcação de consultas, em 2018, apenas 19,7% informaram que os atendimentos são realizados com horário pré-definido, porcentagem inferior àquela verificada em 2012 (26,9%). As diferenças entre as regiões e portes populacionais para essa questão é bastante acentuada. Enquanto no nordeste praticamente a totalidade (96,2%) dos usuários informou não conseguir agendar consultas com horário marcado, no sudeste esse percentual é de 67,5% (tabela 3). Na questão que se refere a organização das equipes para permitir que usuários possam falar com os profissionais de saúde em caso de dúvidas após as consultas, verifica-se que houve aumento de 80,2% para 87,9%, sem diferenças que chamem a atenção entre as regiões ou municípios de distintos portes (tabela 3).

**Tabela 3.** Dias e Horários de Funcionamento e Organização da Agenda, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Subdimensão                     | Dias e Horários de Funcionamento                                     |                         |                                     |                         |  |                         |
|---------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------|
|                                 | Funciona 5 ou mais dias da semana*                                   |                         | Funciona ao menos 2 turnos por dia* |                         | O horário de funcionamento da UBS atende às necessidades do usuário*                                   |                         |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)                   | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       |
| <b>Região</b>                   |  |                         |                                     |                         |  |                         |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 91,8 (90,9-92,7)   | 93,4 (92,5-94,3)        | 87,5 (86,4-88,6)                    | 88,4 (87,3-89,5)        | 81,6 (80,3-82,9)   | 80,1 (78,7-81,5)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 89,8 (89,4-90,2)   | 93,6 (93,2-94,0)        | 89,3 (88,9-89,7)                    | 90,4 (90,0-90,8)        | 84,8 (84,3-85,3)   | 85,4 (84,9-85,9)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 96,1 (95,8-96,4)   | 96,9 (96,7-97,1)        | 96,2 (96,0-96,4)                    | 95,0 (94,7-95,3)        | 87,2 (86,8-87,6)   | 85,7 (85,2-86,2)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 94,9 (94,5-95,3)   | 96,4 (96,0-96,8)        | 95,8 (95,4-96,2)                    | 95,4 (95,0-95,8)        | 86,3 (85,6-87,0)   | 86,4 (85,7-87,1)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 93,5 (92,7-94,3)   | 94,9 (94,2-95,6)        | 95,0 (94,3-95,7)                    | 93,9 (93,2-94,6)        | 85,9 (84,8-87,0)   | 85,3 (84,2-86,4)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                         |                                     |                         |  |                         |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 93,4 (92,9-93,9)   | 95,3 (94,9-95,7)        | 90,7 (90,1-91,3)                    | 87,9 (87,2-88,6)        | 89,3 (88,7-89,9)   | 88,9 (88,2-89,6)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 91,0 (90,4-91,6)   | 94,4 (93,9-94,9)        | 90,8 (90,2-91,4)                    | 92,3 (91,8-92,8)        | 87,6 (86,9-88,3)   | 87,7 (87,0-88,4)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 92,9 (92,5-93,3)   | 95,5 (95,1-95,9)        | 92,6 (92,2-93,0)                    | 94,2 (93,8-94,6)        | 86,4 (85,8-87,0)   | 87,2 (86,6-87,8)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 94,3 (93,7-94,9)   | 96,1 (95,6-96,6)        | 94,7 (94,2-95,2)                    | 95,4 (94,9-95,9)        | 87,3 (86,5-88,1)   | 84,7 (83,8-85,6)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 94,5 (94,2-94,8)   | 95,8 (95,5-96,1)        | 95,5 (95,2-95,8)                    | 94,5 (94,2-94,8)        | 82,8 (82,3-83,3)   | 81,9 (81,4-82,4)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>93,4 (93,2-93,6)</b>  | <b>95,4 (95,2-95,6)</b> | <b>93,3 (93,1-93,5)</b>             | <b>93,1 (92,9-93,3)</b> | <b>85,9 (85,6-86,2)</b>  | <b>85,4 (85,1-85,7)</b> |
| Subdimensão                     | Organização da Agenda  |                         |                                     |                         |  |                         |
| Variáveis                       | Agendamento de consulta todos os dias da semana em qualquer horário* |                         | Consulta com hora marcada*          |                         | Encontra facilidade para falar com profissionais em caso de dúvidas após a consulta <sup>(l);(m)</sup> |                         |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)                   | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       |
|                                 |  |                         |                                     |                         |  |                         |
| <b>Região</b>                   |  |                         |                                     |                         |  |                         |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 9,9 (8,9-10,9)   | 51,5 (49,7-53,3)        | 18,5 (17,2-19,8)                    | 7,1 (6,2-8,0)           | 72,4 (70,9-73,9)   | 83,1 (81,8-84,4)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 12,4 (11,9-12,9)   | 53,2 (52,5-53,9)        | 7,3 (6,9-7,7)                       | 3,8 (3,5-4,1)           | 81,1 (80,6-81,6)   | 90,2 (89,8-90,6)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 24,5 (23,9-25,1)   | 59,3 (58,6-60,0)        | 43,7 (43,1-44,3)                    | 32,5 (31,9-33,1)        | 80,9 (80,4-81,4)   | 87,1 (86,6-87,6)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 23,8 (22,9-24,7)   | 65,1 (64,2-66,0)        | 33,9 (33,0-34,8)                    | 30,5 (29,6-31,4)        | 80,1 (79,3-80,9)   | 87,0 (86,3-87,7)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 20,4 (19,2-21,6)   | 62,2 (60,7-63,7)        | 17,0 (15,8-18,2)                    | 8,4 (7,5-9,3)           | 77,2 (75,9-78,5)   | 87,6 (86,6-88,6)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                         |                                     |                         |  |                         |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 23,6 (22,7-24,5)   | 69,1 (68,1-70,1)        | 12,9 (12,2-13,6)                    | 10,5 (9,9-11,1)         | 83,7 (82,9-84,5)   | 90,2 (89,6-90,8)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 20,0 (19,2-20,8)   | 62,3 (61,3-63,3)        | 12,9 (12,2-13,6)                    | 10,0 (9,4-10,6)         | 82,8 (82,1-83,5)   | 90,0 (89,4-90,6)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 17,7 (17,0-18,4)   | 59,6 (58,7-60,5)        | 16,4 (15,8-17,0)                    | 11,9 (11,3-12,5)        | 81,7 (81,0-82,4)   | 90,0 (89,5-90,5)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 17,2 (16,3-18,1)   | 54,4 (53,2-55,6)        | 21,6 (20,6-22,6)                    | 15,6 (14,7-16,5)        | 80,2 (79,2-81,2)   | 87,2 (86,4-88,0)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 18,9 (18,4-19,4)   | 51,5 (50,8-52,2)        | 47,5 (46,8-48,2)                    | 35,1 (34,4-35,8)        | 76,6 (76,0-77,2)   | 84,7 (84,2-85,2)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>19,3 (19,0-19,6)</b>  | <b>58,1 (57,7-58,5)</b> | <b>26,9 (26,5-27,3)</b>             | <b>19,7 (19,4-20,0)</b> | <b>80,2 (79,9-80,5)</b>  | <b>87,9 (87,6-88,2)</b> |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup> 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; <sup>(b)</sup> 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; <sup>(c)</sup> 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; <sup>(d)</sup> 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; <sup>(e)</sup> 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; <sup>(f)</sup> 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; <sup>(g)</sup> 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; <sup>(h)</sup> 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; <sup>(i)</sup> 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; <sup>(j)</sup> 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; <sup>(k)</sup> 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; <sup>(l)</sup> Foram desconsiderados os usuários que afirmaram que não precisaram tirar dúvidas (2012 = 16.051 casos; 2018 = 12.771 casos); <sup>(m)</sup> Foram consideradas as respostas *sempre e na maioria das vezes*.

Quando questionados sobre elementos relacionadas ao *acolhimento*, os usuários também indicam que houve melhora nos serviços de AB. Em 2012, 79,1% informaram que conseguiam ser escutados ao procurarem a UBS sem que tivessem consulta agendada e em 2018 esse valor aumentou para 84,2%. A proporção de usuários que avaliaram positivamente o modo como são acolhidos nas unidades básicas aumentou quase 20%, saindo de 66,4% e indo para 85,8%. A região sul e os menores municípios abrigam os usuários mais satisfeitos com a maneira na qual os profissionais os acolhem (tabela 4).

Ao serem indagados se buscaram a UBS da última vez que tiveram algum problema de urgência, 57,7% dos usuários que passaram por alguma situação de

urgência afirmaram que sim em 2012 e 64,7% em 2018. Não foram encontradas diferenças por região, mas quando se observa por tamanho do município, a proporção de usuários que procuraram atendimento de urgência na unidade varia de 76,7% nos menores a 58,8% nos maiores. Por sua vez, entre aqueles que procuraram a unidade quando tiveram alguma necessidade de urgência, 82,8% disseram que conseguiram atendimento sem ter hora marcada em 2012 e 88,6% em 2018. Ainda entre esses mesmos usuários, 69,5% afirmaram que o tempo de espera para serem atendidos foi de até 30 minutos em 2012, com uma ligeira variação para 67,3% em 2018 (tabela 4).

**Tabela 4.** Acolhimento à Demanda Espontânea, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Subdimensão                     | Acolhimento à Demanda Espontânea  |                         |  |                         |   |                         |
|---------------------------------|---|-------------------------|--|-------------------------|---|-------------------------|
|                                 | Consegue ser escutado na UBS sem ter consulta agendada <sup>*(l)</sup>          |                         | Avaliação positiva do acolhimento <sup>*(l);(m)</sup>                            |                         | Buscou atendimento na UBS na última vez que teve problema de urgência <sup>*(n)</sup> |                         |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)       |
| <b>Região</b>                   |   |                         |  |                         |   |                         |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 69,4 (67,8-71,0)  | 78,2 (76,7-79,7)        | 53,2 (51,5-54,9)   | 77,0 (75,5-78,5)        | 48,3 (46,6-50,0)  | 57,6 (55,8-59,4)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 77,6 (77,0-78,2)  | 83,2 (82,7-83,7)        | 63,8 (63,1-64,5)   | 86,3 (85,8-86,8)        | 55,8 (55,1-56,5)  | 67,3 (66,6-68,0)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 80,4 (79,9-80,9)  | 85,7 (85,2-86,2)        | 68,3 (67,7-68,9)   | 85,5 (85,0-86,0)        | 59,3 (58,7-59,9)  | 62,5 (61,8-63,2)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 83,8 (83,1-84,5)  | 86,1 (85,4-86,8)        | 72,4 (71,5-73,3)   | 88,0 (87,4-88,6)        | 65,0 (64,0-66,0)  | 72,2 (71,3-73,1)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 74,4 (73,1-75,7)  | 80,4 (79,2-81,6)        | 63,9 (62,4-65,4)   | 85,8 (84,7-86,9)        | 46,3 (44,8-47,8)  | 54,7 (53,2-56,2)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |   |                         |  |                         |   |                         |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 85,0 (84,3-85,7)  | 86,7 (86,0-87,4)        | 73,6 (72,7-74,5)   | 87,9 (87,2-88,6)        | 64,6 (63,6-65,6)  | 76,7 (75,8-77,6)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 82,2 (81,4-83,0)  | 85,1 (84,4-85,8)        | 71,5 (70,6-72,4)   | 88,5 (87,9-89,1)        | 55,7 (54,7-56,7)  | 64,7 (63,7-65,7)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 80,3 (79,6-81,0)  | 86,0 (85,4-86,6)        | 68,7 (67,9-69,5)   | 88,4 (87,8-89,0)        | 55,1 (54,2-56,0)  | 66,9 (66,1-67,7)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 79,0 (78,0-80,0)  | 84,3 (83,4-85,2)        | 67,2 (66,1-68,3)   | 86,8 (86,0-87,6)        | 57,4 (56,2-58,6)  | 65,8 (64,6-67,0)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 74,5 (73,9-75,1)  | 81,4 (80,9-81,9)        | 59,7 (59,0-60,4)   | 81,4 (80,9-81,9)        | 57,3 (56,6-58,0)  | 58,8 (58,1-59,5)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>79,1 (78,8-79,4)</b>   | <b>84,2 (83,9-84,5)</b> | <b>66,4 (66,0-66,8)</b>  | <b>85,8 (85,5-86,1)</b> | <b>57,7 (57,3-58,1)</b>   | <b>64,7 (64,3-65,1)</b> |
| Subdimensão                     | Acolhimento à Demanda Espontânea  |                         |  |                         |   |                         |
| Variáveis                       | Consegue atendimento de urgência na UBS sem consulta agendada <sup>***(o)</sup> |                         | Tempo de espera de até 30 minutos para o atendimento de urgência <sup>*(o)</sup> |                         |   |                         |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)       | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)       |   |                         |
| <b>Região</b>                   |   |                         |  |                         |   |                         |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 79,0 (77,6-80,4)  | 87,1 (85,9-88,3)        | 69,0 (67,4-70,6)   | 65,8 (64,1-67,5)        |   |                         |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 84,0 (83,5-84,5)  | 88,5 (88,0-89,0)        | 72,4 (71,8-73,0)   | 70,7 (70,0-71,4)        |   |                         |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 82,2 (81,7-82,7)  | 89,1 (88,7-89,5)        | 67,6 (67,0-68,2)   | 64,4 (63,8-65,0)        |   |                         |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 83,6 (82,9-84,3)  | 88,8 (88,2-89,4)        | 69,0 (68,1-69,9)   | 68,6 (67,7-69,5)        |   |                         |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 81,1 (79,9-82,3)  | 85,9 (84,8-87,0)        | 70,3 (68,9-71,7)   | 65,6 (64,1-67,1)        |   |                         |
| <b>Porte Populacional</b>       |   |                         |  |                         |   |                         |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 89,9 (89,3-90,5)  | 91,6 (91,0-92,2)        | 79,2 (78,4-80,0)   | 74,6 (73,7-75,5)        |   |                         |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 85,8 (85,1-86,5)  | 88,9 (88,3-89,5)        | 74,0 (73,1-74,9)   | 69,9 (69,0-70,8)        |   |                         |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 84,3 (83,7-84,9)  | 89,5 (89,0-90,0)        | 72,0 (71,2-72,8)   | 70,2 (69,4-71,0)        |   |                         |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 82,4 (81,5-83,3)  | 87,4 (86,6-88,2)        | 69,0 (67,9-70,1)   | 65,8 (64,6-67,0)        |   |                         |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 77,7 (77,1-78,3)  | 86,7 (86,2-87,2)        | 62,1 (61,4-62,8)   | 61,0 (60,3-61,7)        |   |                         |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>82,8 (82,5-83,1)</b>   | <b>88,6 (88,3-88,9)</b> | <b>69,5 (69,1-69,9)</b>  | <b>67,3 (66,9-67,7)</b> |   |                         |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup> 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; <sup>(b)</sup> 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; <sup>(c)</sup> 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; <sup>(d)</sup> 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; <sup>(e)</sup> 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; <sup>(f)</sup> 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; <sup>(g)</sup> 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; <sup>(h)</sup> 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; <sup>(i)</sup> 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; <sup>(j)</sup> 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; <sup>(k)</sup> 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; <sup>(l)</sup> Foram desconsiderados os usuários que afirmaram que nunca precisaram ir à unidade sem consulta agendada (2012 = 9.385 casos; 2018 = 7.108); <sup>(m)</sup> Foram considerados as respostas *muito bom e bom*; <sup>(n)</sup> Foram desconsiderados os usuários que afirmaram que não tiveram problemas de urgência (2012 = 16.965 casos; 2018 = 17.313 casos); <sup>(o)</sup> Foram desconsiderados os usuários que não tiveram problemas de urgência ou não procuraram a UBS quando tiveram problemas de urgência (2012 = 34.912 casos; 2018 = 30.784 casos).

## Discussão

Verificou-se que os esforços empreendidos nos últimos anos para o aumento das coberturas foram capazes de produzir bons resultados, na medida em que segue crescendo a oferta de serviços de AB nos diferentes contextos regionais do país, entretanto, ainda persistem expressivos contingentes populacionais não cobertos pela AB, havendo ainda cerca de  $\frac{1}{4}$  da população brasileira sem ter um serviço de referência<sup>5</sup>. O sudeste é a região que apresenta as mais baixas coberturas populacionais e, muito embora o norte tenha apresentando o maior aumento relativo para o período estudado, segue sendo a região que encontra os maiores desafios para o alcance de populações dispersas que demandam modos diversificados de organização dos serviços para atender suas especificidades<sup>18</sup>.

Como aponta a literatura, a continuidade da expansão das coberturas depende, entre outras coisas, do aumento da destinação de orçamento público, sobretudo do Governo Federal, que no período mais recente tem diminuído sua participação relativa no financiamento da AB e do equacionamento da escassez médica, principalmente nas regiões mais isoladas e empobrecidas das grandes cidades<sup>6,19</sup>.

No que diz respeito a *estrutura física e arquitetônica* para assegurar o acesso aos usuários com restrições de mobilidade, importantes avanços foram observados com transformações em entradas e ambientes internos das UBS para permitir o livre trânsito de cadeirantes. Contudo, ainda há significativo número de unidades com necessidade de adequações, em torno de  $\frac{1}{3}$  delas não há corredores e portas internas adaptadas para cadeiras de rodas. Na mesma direção, estudo realizado em dois grandes municípios da Bahia demonstrou haver problemas relacionados à adaptação da grande maioria de suas unidades para se ajustarem à demanda de indivíduos com restrição de mobilidade<sup>20</sup>. Os resultados aqui apresentados apontam para o desafio e a necessidade de maiores intervenções no sentido de evitar que estruturas arquitetônicas se apresentem como obstáculos que impeçam o acesso de usuários.

Ao analisarmos os dados referentes aos *dias e horários de funcionamento* das UBS, notamos que, de maneira geral, profissionais e usuários indicam que a maior parte delas funcionam o mínimo recomendado, ou seja, 2 turnos em 5 dias da semana, seja qual for o cenário. Mas quando se trata do funcionamento em horário de almoço (12h às 14h), metade das unidades não oferece acesso aos usuários, comprometendo

a possibilidade de utilização para uma parcela da população que, muitas vezes, o horário do almoço é a melhor ou única alternativa para buscar o serviço. São nas cidades mais populosas que se encontram usuários mais insatisfeitos (18,1%) quanto aos horários em que as unidades estão abertas. Estudo realizado em Salvador (BA) encontrou resultados similares para satisfação com horários de funcionamento por parte dos usuários, com 16,3% dos entrevistados afirmando não se sentirem atendidos com os horários disponíveis<sup>8</sup>. Principalmente nas maiores cidades, contextos nos quais trabalhadores despendem maior tempo para se deslocarem até o trabalho, a oferta de serviços em horário estendido e aos finais de semana podem representar importante estratégia para assegurar maior acesso a esses usuários, sobretudo em áreas de abrangência constituídas por indivíduos de mais baixa renda que, em geral, são aqueles com maior propensão a estarem em situação de trabalho precarizada ou fragilizada.

Os dados do PMAQ revelaram que ao longo dos anos 2010 houve expressivo aumento do número de equipes que se dedicaram a implantar e qualificar o processo de acolhimento em suas unidades. Para todos os contextos, a grande maioria das equipes incorporou algum mecanismo de acolhimento, no entanto, os dados também demonstraram alguns elementos que apontam para os limites no modo como ele tem sido implantando.

Boas práticas de acolhimento exigem que ele seja realizado durante todo o período de funcionamento do serviço e que ofereça atendimento de urgência e emergência, e para ambos os quesitos notou-se que cerca de 10% das unidades não oferecem acolhimento por todo o período em que estão abertas e não atendem situações de urgência. Ainda persistem práticas como a realização do acolhimento apenas no início do turno, forçando usuários a terem que chegar mais cedo para serem acolhidos. Estudo realizado em UBS de uma grande cidade do estado de São Paulo<sup>10</sup> e outro realizado em 3 capitais do nordeste<sup>11</sup> demonstram a dificuldade dos usuários em conseguirem ser acolhidos se não se organizam ou não encontram meios para chegar na unidade mais cedo.

Um importante indicador sobre a qualidade do acolhimento praticado é a existência de protocolos que orientem as ações que devem ser desenvolvidas no contato com os usuários. Entre outras coisas, é no momento do acolhimento que profissionais devem atuar e esclarecer os usuários sobre a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação

de risco e vulnerabilidade. Como vimos, cerca de 1/5 das equipes analisadas não possuem protocolos de acolhimento, sendo que no norte a proporção é de quase a metade delas. Esses números indicam a necessidade de maior investimento em iniciativas que impulsionem o aperfeiçoamento do acolhimento, tanto do ponto de vista organizativo, quanto na perspectiva da qualificação de práticas clínicas.

Como aponta a literatura, a qualidade do acesso está fortemente associada à capacidade dos serviços em desenvolver boas práticas de *acolhimento à demanda espontânea*, reduzindo filas e tempo de espera e se baseando em critérios de risco. Esse dispositivo favorece o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis e mais expostos a fatores de risco e, a partir desse reconhecimento, também favorece a reorganização dos serviços na direção de garantir um acesso mais adequado à necessidade de cada usuário. Com um bom acolhimento, os usuários passam a estabelecer outro tipo de relacionamento com a UBS, reconhecendo nela também um espaço para a resolução de problemas imediatos de saúde<sup>21</sup>.

No que se refere a percepção dos usuários sobre a temática do acolhimento, embora quase a totalidade (96,4%) dos profissionais tenham afirmado haver acolhimento em suas equipes, 15,8% indicaram que não conseguem ser escutados ao buscarem a UBS sem ter consulta agendada, revelando um certo descolamento entre o que os profissionais entendem por acolhimento e como os usuários o experimentam. Uma boa maneira de avaliar se o acolhimento é capaz de alargar ou se, ao contrário, opera como fator de estreitamento “das portas” da UBS é se os usuários, quando necessitam do serviço de saúde em situação de urgência, buscam a unidade. Muito embora tenha havido melhoria, mais de 1/3 dos usuários que relataram terem tido alguma urgência não buscaram a sua unidade básica de referência, alternativamente, procuraram unidades de pronto atendimento, hospitais ou clínicas.

Entre os motivos para explicar a procura por outros serviços foram apontados: porque necessitava chegar cedo, porque a unidade não atende urgência ou não havia profissional. Essa proporção se eleva na medida que aumenta o porte populacional do município, chegando a ser maior do que 40% nas cidades acima de 100 mil habitantes. Quanto a esse fenômeno, uma hipótese a ser verificada é a de que nas cidades menores, em muitas situações, a UBS é a única oferta disponível para os usuários, em contraste com as grandes cidades que possuem redes de urgência mais estruturadas que competem com os serviços básicos de saúde, como Unidades de

Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de pronto socorro. Numa grande cidade paulista, pesquisa com usuários mostrou maior disposição para procurar hospitais em casos mais urgentes, reconhecendo a UBS como o espaço para resolver questões tidas como “mais simples”, reforçando a ideia predominante de que a AB se ocupa de necessidades e problemas menos relevantes e que possui menor capacidade de resolver as demandas dos usuários<sup>10</sup>.

Um percentual relativamente alto (11,4%) de usuários afirmou que não conseguiu ser atendido na UBS sem consulta marcada. Se acrescentarmos os usuários que já não buscam a unidade por não terem a expectativa de serem atendidos, podemos considerar que 42,7% não são adequadamente acolhidos, revelando ainda haver necessidade de se qualificar a maneira como as equipes têm implantado o acolhimento em suas unidades. O tempo de espera também se apresenta como fator crítico para a qualidade do acolhimento, dado que longos tempos de espera podem motivar os usuários a buscarem alternativas<sup>22</sup>. Para esse item, embora os resultados tenham oscilado para baixo, os tempos médios de espera relatados pelos usuários se mantiveram abaixo de 30 minutos, 24,56 (2012) e 26,66 (2018), tempo considerado adequado para atendimento de urgência, mesmo para unidades de média e alta complexidade<sup>23</sup>.

Os dados que tratam da *organização da agenda* das equipes para facilitar o modo como os usuários acessam consultas e como estabelecem um contato e comunicação mais fluídos com os profissionais de saúde mostram que, por um lado, houve melhoria geral para o conjunto de variáveis selecionadas, mas por outro, ainda persiste grande número de equipes que atuam impondo barreiras organizacionais de acesso. Quase 10% dos usuários, ao buscarem atendimento na unidade nas situações em que não há necessidade de atendimento no mesmo dia não conseguem agendar a consulta no mesmo momento e são obrigados a retornar em dias e/ou momentos específicos para realizarem a marcação. Esse tipo de obstáculo, em muitas situações, força os usuários a procurarem outros serviços ou pode agravar o quadro clínico, os submetendo a maior desconforto e sofrimento e exigindo posteriores atendimentos de urgência.

O reordenamento das rotinas das equipes, com a incorporação de maior flexibilidade em seus processos organizativos pode constituir importante elemento para a modificação da maneira na qual usuários acessam os serviços de AB. Equipes que facilitam o contato para que usuários possam buscar e mostrar resultados de

exames e renovarem receitas sem a necessidade de agendamento alargam as possibilidades de utilização e satisfação dos usuários, e nesse aspecto, os dados evidenciam o esforço dos trabalhadores para se ajustarem a boas práticas de acesso para situações recorrentemente demandadas.

Contudo, na perspectiva dos usuários, os resultados não foram tão bons, apesar da constatação de melhoria no período analisado. Elevada proporção de usuários afirmaram que não conseguem agendar atendimentos a qualquer dia ou horário. Ainda resiste a lógica de dias e horários específicos para marcação de consultas em todos os contextos. Esse quadro foi constatado em diferentes estudos que revelaram a permanência de marcação em dias específicos, com filas formadas na madrugada para conseguir fichas que são distribuídas por ordem de chegada<sup>24,25</sup>. Com a popularização do acesso à *internet* e aparelhos portáteis, a introdução de mecanismos mais ágeis e facilitados para o agendamento e cancelamento de atendimentos, de maneira a encurtar os tempos entre a marcação e a consulta, com a gestão inteligente de listas de espera, torna-se tarefa essencial para a melhoria do acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde, otimizando a oferta e diminuindo o absenteísmo.

Do mesmo modo, o atendimento em horários agendados facilita a organização da vida pessoal dos usuários, evitando o dispêndio de longos períodos de dedicação para acessar o atendimento, assim como extensos tempos de espera para a consulta, desde a chegada a unidade de saúde. Nesse aspecto, os dados revelam o predomínio de atendimentos agendados por turno e que são realizados por ordem de chegada. Apenas 1/5 dos usuários informaram que sua equipe de referência atende com horário marcado, revelando o longo caminho que ainda se tem a percorrer para a qualificação dessa questão. Atendimentos com horário marcado exigem boa organização da unidade e, sobretudo, cumprimento da carga horária dos profissionais, questão ainda que apresenta problemas na realidade da AB.

Finalmente, ao analisarmos os resultados para a subdimensão *tempo de espera* entre a busca pelo serviço e a efetivação do atendimento, constatamos melhoria para o período. Ao serem questionados sobre o tempo de espera para o agendamento de primeira consulta de usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, os profissionais respondentes indicaram que o número médio de dias de espera reduziu em 1,5 dia. Para hipertensos foi de 6,04 (2012) e 4,41 (2018) e para pessoas com diabetes foi de 5,93 (2012) e 4,21 (2018). Por se tratar de grupos

historicamente prioritários para a AB, os tempos de espera desses usuários funcionam como bom marcador para essa subdimensão. O encurtamento do tempo que usuários aguardam para acessar o atendimento pode ressignificar a relação que estabelece com o serviço, reposicionando a sua percepção sobre a qualidade do que lhe é ofertado e também diminuindo o absenteísmo<sup>26</sup>.

## **Considerações Finais**

O acesso à saúde e, em particular à atenção básica, é um direito elementar dos cidadãos e vem se fortalecendo desde o processo de redemocratização ocorrido no final dos anos 1980, com a ampliação gradual da oferta de serviços em todo o país.

Como vimos ao longo do presente estudo, a *disponibilidade de serviços* de AB apresentou importantes avanços, com a diminuição de vazios assistenciais, apesar de ainda haver significativos espaços que padeçam da ausência de oferta, sobretudo no sudeste, que segue apresentando as mais baixas coberturas. Para os territórios que dispõem de UBS, quando se trata da *estrutura física e arquitetônica*, constatou-se melhoria das condições das unidades, sobretudo no norte, e menores cidades, mas, ainda assim, persistem situações desfavoráveis para pessoas com dificuldades de mobilidade em boa parte delas.

Para a dimensão *organizacional*, a incorporação do *acolhimento à demanda espontânea* como dispositivo de melhoria do acesso se estendeu para a grande maioria das equipes analisadas, com elevações mais expressiva no norte, centro-oeste e cidades de menor porte, apesar de os dados revelarem que a qualidade do acolhimento implantado ainda enfrenta consideráveis desafios. Equipes passaram a se dedicar mais claramente a organizar e garantir o acolhimento, mas parcela significativa delas não o desenvolvem de maneira adequada. Para os usuários, houve importante avanço no que se refere a existência e a qualidade do acolhimento, mas, ao mesmo tempo, permanecem importantes obstáculos e desafios para que sejam satisfatoriamente acolhidos.

Quanto a *organização da agenda*, os dados apontam para uma melhoria nas condições gerais de acesso, sem com isso deixarem de indicar dificuldades a serem enfrentadas, tais como a existência de usuários que não conseguem sair com consulta agendada em situações nas quais não há necessidade de atendimento no mesmo dia, os elevados percentuais de usuários que precisam agendar consultas para mostrar

resultados de exames e renovarem receitas, e de equipes que mantêm dias e horários específicos para realizar o agendamento de consultas e que não asseguram atendimento com horário marcado.

Na dimensão *temporal*, verificou-se que quase a totalidade das unidades possuem dias e *horários de funcionamento* compatíveis com o recomendado, porém, usuários que vivem nas grandes cidades demonstraram maior descontentamento, indicando a importância de se processarem ajustes que assegurem horários mais adequados a essa realidade, como em turnos adicionais ou finais de semana. E quando se trata do *tempo de espera* entre o agendamento e o atendimento, os resultados também demonstraram melhoria no acesso, na medida em que se verificou diminuição no número médio de dias de espera para grupos populacionais prioritários.

Um melhor acesso é elemento central para maior adesão e engajamento dos cidadãos em defesa do SUS e desafio permanente para gestores e trabalhadores. O conjunto dos resultados aqui apresentados sinaliza para uma melhoria progressiva do acesso aos serviços básicos de saúde em todas as realidades do país, mas também informa sobre problemas recorrentes que ainda precisam ser enfrentados, se se pretende alcançar patamares compatíveis com a demanda e necessidade da sociedade brasileira.

## Referências

1. Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 1999; 15(1): 79-88.
2. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
3. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet 2011; 377(9779): 1778-1797.

4. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
5. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [acesso em 14 nov 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
6. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. Saúde debate 2018 Set; 42(spe 1): 18-37.
7. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência e Saúde Coletiva 2016; 21(2): 327-338.
8. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Ciência e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3047-3056.
9. Vasconcelos LR, Pagliuca MF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. Esc Anna Nery R Enferm 2006; 10(3): 494-500.
10. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate 2014; 38(spe): 252-264.
11. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública 2008; 24(sup. 1): S100-S110.
12. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19(2): 127-140.

13. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde públ* 1990; 24(6): 445-452.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(sup. 2): S190-S198.
15. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177-198.
16. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
17. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Health Soc Behav* 1995; 36(1): 1-10.
18. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate* 2018 Set; 42(spe 1): 81-99.
19. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* 2018 Set; 42(spe 1): 208-223.
20. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Xavier AL, Costa AF. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(supl. 1): S69-S81.
21. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

22. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2017; 17(295): 1-9.
23. Gusmão FAR. Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
24. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 815-823.
25. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2.903-2.912.
26. Silveira GS, Ferreira PR, Silveira DS, Siqueira FCV. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* 2018; 13(40): 1-7.

### 5.3 INTEGRALIDAD E ABRANGÊNCIA DA OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (2012-2018)

*Comprehensiveness and scope of service offer in Primary Care in Brazil (2012-2018)*  
*Integralidad y alcance de la oferta de servicios en Atención Primaria en Brasil (2012-2018)*

Artigo submetido à *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*

Allan Nuno Alves de Sousa

Helena Eri Shimizu

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar elementos da integralidade na atenção básica no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos preventivos e assistenciais, apontando avanços e obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos. **Métodos:** Estudo transversal e longitudinal utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram selecionadas 15.378 equipes que participaram tanto do 1º, quanto do 3º ciclos do programa. **Resultados:** Constataram-se melhorias na prevalência de equipes que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para grupos prioritários, que desenvolvem ações de promoção, ofertam procedimentos essenciais, incluindo saúde bucal, realizam visitas domiciliares, recebem apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, ofertam práticas integrativas e complementares e desenvolvem ações intersetoriais. **Conclusões:** Houve melhoria da integralidade nos serviços básicos de saúde, mas permanecem problemas que ainda precisam ser enfrentados para o seu aperfeiçoamento.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Avaliação em Saúde; Política de Saúde; Serviços de Saúde.

**Descriptors:** Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Policy; Health Services.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud; Evaluación en Salud; Política de Salud; Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou uma tríade de princípios, a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*, que passaram a constranger o espaço de formulação e implementação das políticas e programas de saúde que, a partir de então, passaram a se constituir<sup>(1-2)</sup>. A integralidade se refere a um conjunto de atributos e valores que merecem ser defendidos no sistema de saúde, a partir da articulação de ações e serviços preventivos e assistenciais, que atuam no sentido de contribuir para a transformação do quadro social que incide sobre agravos e condições gerais de saúde da população, e para assegurar a oferta de assistência que seja ajustada e compatível com as demandas e necessidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

A integralidade deve envolver não apenas práticas terapêuticas individuais, mas também práticas coletivas e coletivizadoras que permeiam o processo saúde-doença, com o intuito de garantir condições desejáveis de bem-estar em saúde para a população<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, a atenção básica (AB) representa lócus privilegiado para a efetivação de importantes elementos da integralidade, sobretudo em função da sua proximidade com os territórios nos quais os indivíduos vivem, interagem e constroem boa parte das relações entre si e com o meio em que vivem<sup>(4)</sup>.

Na realidade brasileira a AB foi se constituindo de maneira heterogênea, com diversificados modos de estruturação e desenvolvimento de ações. Mas foi com a implantação da Saúde da Família (SF) que o país passou a contar com contornos mais delineados de um modelo de organização da AB orientado por uma concepção abrangente, que a entende como parte do processo de desenvolvimento social e econômico<sup>(5)</sup>. A partir de então, como importante elemento para a efetivação da integralidade, o acesso a AB ganhou maior impulso e vivenciou um período de rápida expansão das coberturas populacionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), saindo de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018<sup>(6)</sup>.

Como resultado desse aumento das coberturas e do processo de qualificação da AB, inúmeros estudos trouxeram evidências sobre os resultados produzidos pela ESF, revelando sua capacidade em produzir efeitos nas condições de saúde da população, com a melhoria do acesso a serviços preventivos e assistenciais, a diminuição das inequidades e o aumento da eficiência do SUS, além da sua contribuição para a redução de hospitalizações evitáveis<sup>(7-8)</sup>. Contudo, estudos

também evidenciam que, apesar dos bons resultados, ainda persistem desafios para a efetivação da integralidade na AB, por meio da oferta de cuidados voltados a grupos populacionais prioritários<sup>(9-10)</sup>; ações de promoção da saúde e prevenção de agravos<sup>(11-12)</sup>; realização de procedimentos com amplo escopo de práticas<sup>(13-14)</sup>; oferta de saúde bucal<sup>(15-16)</sup>; ações realizadas no domicílio dos usuários<sup>(17-18)</sup>; apoio e articulação de ações entre diferentes categorias profissionais<sup>(17,19)</sup>; emprego de um abrangente elenco de tecnologias assistenciais<sup>(20-21)</sup>; e ações intersetoriais<sup>(12,22)</sup>.

## **OBJETIVO**

Analisar elementos da integralidade e a abrangência da oferta de serviços na AB no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos preventivos e assistenciais, apontando seus principais avanços e mais importantes obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos.

## **MÉTODOS**

### **Aspectos éticos**

O estudo empregou dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>(23)</sup>, sem a identificação dos respondentes, logo, sem a necessidade de parecer emitido por comissão de ética.

### **Desenho, local de estudo e período**

Estudo descritivo transversal e longitudinal, com relato organizado a partir da utilização do The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Foram utilizadas bases de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos, disponíveis no site do MS<sup>(23)</sup>

Os dados, no 1º ciclo do PMAQ, foram coletados entre maio e dezembro de 2012 em 17.482 equipes e foram entrevistados 65.391 usuários que se encontravam na Unidade Básica de Saúde (UBS) no instante da coleta, eleitos ao acaso. Para o 3º ciclo a coleta foi realizada entre julho de 2017 e agosto de 2018 em 38.865 equipes e

foram entrevistados 140.444 usuários. A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa que integravam a rede da avaliação externa do PMAQ.

### **Amostra, critérios de inclusão e exclusão**

Estudo longitudinal de uma amostra de 15.378 equipes que participaram do 1º e 3º ciclos do PMAQ, de modo a permitir análise que identifiquem mudanças no comportamento das dimensões relacionadas à integralidade e abrangência da oferta de serviços para os mesmos casos com o passar do tempo. Procurou-se analisar se para cada variável selecionada foram observadas melhorias, piora ou manutenção do cenário observado. Os resultados referentes às UBS foram replicados para todas as equipes que atuavam na mesma UBS, e foram selecionados 59.354 usuários que responderam aos instrumentos referindo-se às equipes que integram a amostra no 1º ciclo e 56.369 usuários no 3º ciclo.

### **Protocolo do estudo**

Foram selecionadas variáveis associadas a diversificados elementos da integralidade na AB considerando aspectos preventivos e assistenciais e que guardassem correspondência e compatibilidade de conteúdo, uma vez que os instrumentos utilizados nos ciclos analisados não eram idênticos. Muitas questões permaneceram iguais, outras sofreram adaptações no seu enunciado ou nas alternativas disponíveis, e em algumas situações novas questões foram acrescentadas e outras suprimidas dos instrumentos. Dessa maneira, para assegurar a comparabilidade das variáveis entre os períodos estudados, somente foram selecionadas questões em que constatou-se coerência em seu objeto e sentido. Ao todo foram escolhidas 9 variáveis que se referem a informações das equipes, tais como a oferta de ações programadas para grupos populacionais prioritários, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, a realização de procedimentos e pequenas cirurgias, a oferta de saúde bucal, a realização de ações no domicílio das famílias e o desenvolvimento de ações intersetoriais; e 6 variáveis que tratam da posição dos usuários quanto aos temas abordados, tais como a oferta adequada de atendimento a grupos prioritários, a disponibilização e orientação sobre o uso de prótese dentária e a realização de visitas domiciliares.

Além da análise comparativa entre 2012 e 2018, os dados foram estratificados por região e porte populacional dos municípios. Para o porte populacional os municípios foram estratificados a partir da 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).

### **Análise dos resultados e estatística**

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel Professional Plus 2013<sup>®</sup>. Para a análise dos dados referentes à integralidade e abrangência da oferta de serviços 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**

Entre 2012 e 2018 a proporção de equipes que ofertavam ações programadas para grupos populacionais prioritários aumentou de 70,7% para 93,3%, com maior destaque para as regiões sul e centro-oeste, com elevações de 27,8 e 27,0 p.p., respectivamente, e nos municípios com até 20 mil habitantes (tabela 1). Quando se refere às ações de promoção e prevenção o aumento verificado foi ainda mais expressivo, saindo de 68,1% em 2012 e chegando a 96,2% em 2018, com elevação superior a 30 p.p. no sudeste, sul e centro-oeste e municípios até 50 mil habitantes (tabela 1).

A prevalência de equipes que realizam coleta de material para exames laboratoriais aumentou 12,1 p.p., alcançando quase 2/3 do total de equipes que compõem a amostra (62,6%), com maiores aumentos no sul (20,6 p.p.) e municípios entre 10 e 20 mil habitantes (20,7 p.p.). Ao mesmo tempo, o incremento do número de equipes que realizam um rol essencial de procedimentos e pequenas cirurgias foi de 26,2 p.p.. As regiões nordeste e centro-oeste apresentaram os melhores avanços e, quanto ao porte dos municípios, foram nas localidades com até 50 mil habitantes que ocorreram as melhorias mais acentuadas (tabela 1). Para a saúde bucal, o crescimento nacional da prevalência de equipes que realizam um elenco básico de

procedimentos foi de apenas de 1,4 p.p., com aumento somente para a região nordeste e maiores melhorias nos municípios entre 20 e 100 mil habitantes (tabela 1). No que diz respeito à realização de visitas domiciliares, a prevalência de equipes que se organizam para visitar famílias e usuários, de acordo com o risco e vulnerabilidade, já era elevada em 2012 (92,9%) e aumentou para 96,0% em 2018, com maior crescimento no centro-oeste e pequeno decréscimo para municípios acima de 100 mil habitantes (tabela 1).

**Tabela 1** – Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Variáveis                       | Oferta ações programadas para grupos populacionais prioritários <sup>(d)</sup> |                           | Desenvolve ações de promoção e prevenção <sup>(m)</sup>     |                           | Realiza coleta de material para exames laboratoriais <sup>(n)</sup> |                           |
|---------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <b>Região</b>                   |  |                           |   |                           |   |                           |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 71,8 (68,9 - 74,7)   | 86,7 (84,5 - 88,9)        | 78,2 (75,5 - 80,9)  | 94,2 (92,7 - 95,7)        | 50,6 (47,3 - 53,9)  | 44,8 (41,6 - 48,0)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 79,1 (78,0 - 80,2)   | 95,5 (94,9 - 96,1)        | 77,8 (76,7 - 78,9)  | 96,8 (96,3 - 97,3)        | 35,4 (34,1 - 36,7)  | 51,2 (49,8 - 52,6)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 65,9 (64,7 - 67,1)   | 91,8 (91,1 - 92,5)        | 60,7 (59,4 - 62,0)  | 95,2 (94,6 - 95,8)        | 65,0 (63,8 - 66,2)  | 72,5 (71,3 - 73,7)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 66,1 (64,3 - 67,9)   | 93,9 (93,0 - 94,8)        | 63,1 (61,2 - 65,0)  | 97 (96,3 - 97,7)          | 44,8 (42,9 - 46,7)  | 65,4 (63,6 - 67,2)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 68,5 (65,7 - 71,3)   | 95,5 (94,2 - 96,8)        | 65,9 (63,0 - 68,8)  | 98,4 (97,6 - 99,2)        | 56,5 (53,5 - 59,5)  | 71,8 (69,1 - 74,5)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                           |   |                           |   |                           |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 64,9 (62,9 - 66,9)   | 93,7 (92,7 - 94,7)        | 66,1 (64,1 - 68,1)  | 98,6 (98,1 - 99,1)        | 46,7 (44,6 - 48,8)  | 63,2 (61,2 - 65,2)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 65,3 (63,4 - 67,2)   | 93,4 (92,4 - 94,4)        | 65,5 (63,6 - 67,4)  | 98,6 (98,1 - 99,1)        | 31,7 (29,9 - 33,5)  | 52,4 (50,4 - 54,4)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 70,9 (69,4 - 72,4)   | 95,4 (94,7 - 96,1)        | 67,8 (66,2 - 69,4)  | 98,4 (98,0 - 98,8)        | 39,0 (37,4 - 40,6)  | 56,9 (55,2 - 58,6)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 73,0 (70,9 - 75,1)   | 96,4 (95,5 - 97,3)        | 68,6 (66,4 - 70,8)  | 98,2 (97,6 - 98,8)        | 44,2 (41,8 - 46,6)  | 59,8 (57,4 - 62,2)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 74,9 (73,8 - 76,0)   | 91,4 (90,7 - 92,1)        | 70,1 (68,9 - 71,3)  | 92,7 (92,0 - 93,4)        | 69,7 (68,5 - 70,9)  | 71,5 (70,3 - 72,7)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>70,7 (70,0 - 71,4)</b>  | <b>93,3 (92,9 - 93,7)</b> | <b>68,1 (67,4 - 68,8)</b>                                   | <b>96,2 (95,9 - 96,5)</b> | <b>50,5 (49,7 - 51,3)</b>   | <b>62,6 (61,8 - 63,4)</b> |
| Variáveis                       | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias <sup>(o)</sup>                      |                           | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal <sup>(p)</sup> |                           | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade* |                           |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <b>Região</b>                   |  |                           |   |                           |   |                           |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 17,2 (14,7 - 19,7)   | 41,1 (37,9 - 44,3)        | 36,2 (33,1 - 39,3)  | 30,6 (27,6 - 33,6)        | 88,3 (86,2 - 90,4)  | 93,0 (91,3 - 94,7)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 8,0 (7,3 - 8,7)  | 45,1 (43,7 - 46,5)        | 54,2 (52,8 - 55,6)  | 64,6 (63,3 - 65,9)        | 93,9 (93,2 - 94,6)  | 96,6 (96,1 - 97,1)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 8,7 (8,0 - 9,4)  | 26,8 (25,7 - 27,9)        | 46,5 (45,2 - 47,8)  | 43,5 (42,2 - 44,8)        | 93,1 (92,4 - 93,8)  | 95,1 (94,5 - 95,7)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 27,9 (26,2 - 29,6)   | 51,8 (49,9 - 53,7)        | 48,7 (46,8 - 50,6)  | 46,9 (45,0 - 48,8)        | 93,9 (93,0 - 94,8)  | 96,8 (96,1 - 97,5)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 18,0 (15,7 - 20,3)   | 44,2 (41,2 - 47,2)        | 57,5 (54,5 - 60,5)  | 52,4 (49,4 - 55,4)        | 87,7 (85,7 - 89,7)  | 98,4 (97,6 - 99,2)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                           |   |                           |   |                           |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 32,1 (30,2 - 34,0)   | 64,9 (62,9 - 66,9)        | 56,1 (54,0 - 58,2)  | 59,5 (57,5 - 61,5)        | 90,6 (89,4 - 91,8)  | 98,3 (97,8 - 98,8)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 13,0 (11,7 - 14,3)   | 45,0 (43,0 - 47,0)        | 52,3 (50,3 - 54,3)  | 56,6 (54,6 - 58,6)        | 91,6 (90,5 - 92,7)  | 98,4 (97,9 - 98,9)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 9,1 (8,1 - 10,1)   | 42,2 (40,5 - 43,9)        | 52,3 (50,6 - 54,0)  | 60,5 (58,8 - 62,2)        | 93,2 (92,3 - 94,1)  | 98,6 (98,2 - 99,0)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 8,4 (7,1 - 9,7)  | 35,0 (32,7 - 37,3)        | 51,7 (49,3 - 54,1)  | 56,8 (54,4 - 59,2)        | 90,6 (89,2 - 92,0)  | 97,9 (97,2 - 98,6)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 8,6 (7,9 - 9,3)  | 25,5 (24,3 - 26,7)        | 43,1 (41,8 - 44,4)  | 37,1 (35,8 - 38,4)        | 94,9 (94,3 - 95,5)  | 92,3 (91,6 - 93,0)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>12,9 (12,4 - 13,4)</b>  | <b>39,1 (38,3 - 39,9)</b> | <b>49,5 (48,7 - 50,3)</b>                                   | <b>50,9 (50,1 - 51,7)</b> | <b>92,9 (92,5 - 93,3)</b>   | <b>96,0 (95,7 - 96,3)</b> |

\* 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) mulheres, mulheres gestantes, crianças, usuários com hipertensão arterial sistêmica e usuários com diabetes mellitus; (m) Para o 1º ciclo foram selecionadas as cinco variáveis que apresentaram melhores resultados: (1) prevenção e tratamento de diabetes mellitus (89,4%), (2) prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (89,3%), (3) gestantes e puérperas (87,3%), (4) Mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (82,1%) e planejamento familiar (78,5%). (n) Incluindo coleta de exame citopatológico; (o) Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis intramusculares, medicações injetáveis endovenosas e aplicação de penicilina G benzatina; (p) Aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia.

Entre 2012 e 2018 a proporção de equipes que contava com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) aumentou de 56,5% para 75,2%, com incremento superior a 30 p.p. na região norte e a 45 p.p. nos municípios com até 10 mil habitantes (tabela 2). Ao mesmo tempo, ocorreu um expressivo aumento na prevalência de equipes que passaram a oferecer Práticas Integrativas e Complementares (PIC), de 13,3% para 34,3%, com destaque para o sudeste (18,7% - 41,5%) e para municípios acima de 100 mil habitantes (23,8% - 48,6%) (tabela 2). Por fim, quando se trata da realização de ações intersetoriais, houve um aumento de 9,9 p.p. da prevalência de equipes que realizavam atividades nas escolas da sua área de abrangência, com elevações superiores a 10 p.p. no nordeste, centro-oeste e sudeste e municípios acima de 50 mil habitantes (tabela 2).

**Tabela 2** - Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.

| Variáveis                       | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)* |                           | Oferece práticas integrativas e complementares* |                           | Realiza atividades nas escolas* |                           |
|---------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)                               | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)               | 2018<br>% (IC95%)         |
| <b>Região</b>                   |  |                           |   |                           |                                 |                           |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 42,0 (38,8 - 45,2)   | 74,0 (71,1 - 76,9)        | 8,3 (6,5 - 10,1)                                | 17,6 (15,1 - 20,1)        | 80,7 (78,1 - 83,3)              | 87,1 (84,9 - 89,3)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 63,4 (62,1 - 64,7)   | 84,4 (83,4 - 85,4)        | 7,5 (6,8 - 8,2)                                 | 32,5 (31,2 - 33,8)        | 79,7 (78,6 - 80,8)              | 91,4 (90,6 - 92,2)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 59,4 (58,1 - 60,7)   | 71,6 (70,4 - 72,8)        | 18,7 (17,7 - 19,7)                              | 41,5 (40,2 - 42,8)        | 69,8 (68,6 - 71,0)              | 80,2 (79,2 - 81,2)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 46,6 (44,7 - 48,5)   | 67,2 (65,4 - 69,0)        | 13,3 (12,0 - 14,6)                              | 33,3 (31,5 - 35,1)        | 77,1 (75,5 - 78,7)              | 82,7 (81,2 - 84,2)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 45,1 (42,1 - 48,1)   | 71,1 (68,4 - 73,8)        | 15,6 (13,4 - 17,8)                              | 21,1 (18,6 - 23,6)        | 79,0 (76,5 - 81,5)              | 90,0 (88,2 - 91,8)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                           |   |                           |                                 |                           |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 27,1 (25,3 - 28,9)   | 74,2 (72,4 - 76,0)        | 7,1 (6,0 - 8,2)                                 | 27,0 (25,2 - 28,8)        | 84,3 (82,8 - 85,8)              | 90,0 (88,8 - 91,2)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 39,4 (37,5 - 41,3)   | 75,4 (73,7 - 77,1)        | 6,6 (5,6 - 7,6)                                 | 23,2 (21,5 - 24,9)        | 80,5 (78,9 - 82,1)              | 89,7 (88,5 - 90,9)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 60,2 (58,5 - 61,9)   | 82,0 (80,7 - 83,3)        | 7,7 (6,8 - 8,6)                                 | 26,2 (24,7 - 27,7)        | 79,9 (78,5 - 81,3)              | 89 (87,9 - 90,1)          |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 68,9 (66,7 - 71,1)   | 81,6 (79,7 - 83,5)        | 8,8 (7,4 - 10,2)                                | 30,7 (28,5 - 32,9)        | 73,9 (71,8 - 76,0)              | 87,6 (86,0 - 89,2)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 70,6 (69,4 - 71,8)   | 70,1 (68,9 - 71,3)        | 23,8 (22,7 - 24,9)                              | 48,6 (47,3 - 49,9)        | 67,4 (66,2 - 68,6)              | 79,0 (77,9 - 80,1)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>56,5 (55,7 - 57,3)</b>  | <b>75,2 (74,5 - 75,9)</b> | <b>13,3 (12,8 - 13,8)</b>                       | <b>34,3 (33,5 - 35,1)</b> | <b>75,5 (74,8 - 76,2)</b>       | <b>85,4 (84,8 - 86,0)</b> |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup>  $n = 908$ ; <sup>(b)</sup>  $n = 5.096$ ; <sup>(c)</sup>  $n = 5.723$ ; <sup>(d)</sup>  $n = 2.600$ ; <sup>(e)</sup>  $n = 1.051$ ; <sup>(f)</sup>  $n = 2.237$ ; <sup>(g)</sup>  $n = 2.466$ ; <sup>(h)</sup>  $n = 3.363$ ; <sup>(i)</sup>  $n = 1.670$ ; <sup>(j)</sup>  $n = 5.516$ ; <sup>(k)</sup>  $n = 15.378$ .

No que diz respeito ao cuidado a grupos populacionais prioritários, entre 2012 e 2018, nacionalmente, praticamente não houve variação no percentual de usuárias puérperas que informaram ter recebido cuidados adequados durante a consulta de revisão do parto, embora tenha havido elevação de quase 5 p.p. no nordeste. Foi encontrado aumento para usuários que responderam afirmativamente para o acesso a cuidados em menores de 2 anos (4,6 p.p.) para um conjunto de elementos considerados essenciais. E, por fim, quando se trata de cuidados recomendados a

pessoas com diabetes, o incremento foi de 4,2 p.p., com maior elevação para o nordeste. Para as três variáveis analisadas não foram encontradas diferenças estatisticamente significante quando se considera o porte populacional dos municípios (tabela 3).

Ao compararmos os dados referentes às ações preventivas de saúde da mulher, nota-se que houve variação positiva, tanto para o quadro nacional (44,0% - 51,0%), quanto para todos os contextos observados (tabela 3). Entre os usuários com necessidade de prótese dentária, para ambos os anos analisados, o percentual daqueles que afirmaram ter a disponibilidade da prótese na UBS e receberam orientações quanto aos cuidados que devem ter no seu uso foi muito baixa (5,2% e 7,9%), com melhor resultado para as menores localidades que apresentaram um percentual de 18,4% para 2018 (tabela 3). A maioria dos usuários relatou receber a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em seu domicílio, embora os percentuais tenham diminuído entre 2012 e 2018, sendo que as maiores variações negativas se deram no sudeste e centro-oeste e municípios com mais de 100 mil habitantes (tabela 3).

**Tabela 3 - Integralidade e Abrangência da Oferta de Serviços na Atenção Básica, segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018.**

| Variáveis                       | Revisão do parto e cuidados com a mulher <sup>*(l);(m)</sup> |                           | Acompanhamento de crianças menores de 2 anos <sup>*(n);(o)</sup>                |                           | Acompanhamento de pessoas com Diabetes <sup>(p);(q)</sup>                 |                           |
|---------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012**<br>% (IC95%)   | 2018*<br>% (IC95%)        |
| <b>Região</b>                   |  |                           |   |                           |   |                           |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 13,3 (8,1 - 18,5)  | 14,3 (10,1 - 18,5)        | 17,5 (13,8 - 21,2)  | 23,2 (19,3 - 27,1)        | 17,6 (13,2 - 22,0)  | 20,7 (16,1 - 25,3)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 23,4 (20,8 - 26,0)   | 28,3 (25,8 - 30,8)        | 25,1 (23,3 - 26,9)  | 33,9 (31,8 - 36,0)        | 21,0 (19,0 - 23,0)  | 30,8 (28,7 - 32,9)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 23,7 (22,0 - 25,4)   | 20,6 (18,7 - 22,5)        | 33,2 (31,7 - 34,7)  | 33,1 (31,3 - 34,9)        | 29,9 (28,4 - 31,4)  | 32,3 (30,7 - 33,9)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 21,8 (18,3 - 25,3)   | 24,1 (20,6 - 27,6)        | 28,3 (25,1 - 31,5)  | 36,9 (33,6 - 40,2)        | 22,4 (19,9 - 24,9)  | 27,6 (25,2 - 30,0)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 15,5 (12,0 - 19,0)   | 12,2 (8,4 - 16,0)         | 17,8 (15,1 - 20,5)  | 27,4 (23,3 - 31,5)        | 24,5 (21,1 - 27,9)  | 24 (20,3 - 27,7)          |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                           |   |                           |   |                           |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 24,3 (21,0 - 27,6)   | 20,4 (17,0 - 23,8)        | 27,4 (24,8 - 30,0)  | 36,2 (33,0 - 39,4)        | 23,9 (21,3 - 26,5)  | 28,8 (25,8 - 31,8)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 23,0 (20,0 - 26,0)   | 23,5 (20,1 - 26,9)        | 28,2 (25,8 - 30,6)  | 33,6 (30,6 - 36,6)        | 24,6 (22,0 - 27,2)  | 29,3 (26,5 - 32,1)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 21,2 (18,7 - 23,7)   | 24,5 (21,7 - 27,3)        | 26,9 (24,8 - 29,0)  | 32,3 (29,9 - 34,7)        | 23,0 (20,9 - 25,1)  | 29,8 (27,5 - 32,1)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 21,1 (17,6 - 24,6)   | 21,7 (18,0 - 25,4)        | 29,7 (26,7 - 32,7)  | 33,1 (29,7 - 36,5)        | 21,6 (18,7 - 24,5)  | 29,2 (26,1 - 32,3)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 22,3 (20,3 - 24,3)   | 21,8 (19,7 - 23,9)        | 28,6 (26,9 - 30,3)  | 30,9 (29,0 - 32,8)        | 29,6 (28,0 - 31,2)  | 31 (29,4 - 32,6)          |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>22,3 (21,1 - 23,5)</b>                                    | <b>22,4 (21,1 - 23,7)</b> | <b>28,1 (27,1 - 29,1)</b>   | <b>32,7 (31,5 - 33,9)</b> | <b>25,9 (24,9 - 26,9)</b>   | <b>30,1 (29,1 - 31,1)</b> |
| Variáveis                       | Ações preventivas de Saúde da Mulher <sup>***(r);(s)</sup>   |                           | Disponibilização e orientação sobre o uso de prótese dentária <sup>***(t)</sup> |                           | Recebe a visita do Agente Comunitário de Saúde no Domicílio <sup>**</sup> |                           |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <b>Região</b>                   |  |                           |   |                           |   |                           |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 44,7 (42,8 - 46,6)   | 48,5 (46,5-50,5)          | 1,9 (0,3 - 3,5)   | 2,3 (0,6 - 4,0)           | 82,2 (80,9 - 83,5)  | 78,6 (77,1 - 80,1)        |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 48,3 (47,5 - 49,1)   | 57,0 (56,2-57,8)          | 2,2 (1,6 - 2,8)   | 4,1 (3,4 - 4,8)           | 84,8 (84,3 - 85,3)  | 84,6 (84,1 - 85,1)        |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 40,3 (39,6 - 41,0)   | 46,8 (46,0-47,6)          | 8,9 (7,4 - 10,4)  | 11,1 (9,7 - 12,5)         | 87,7 (87,3 - 88,1)  | 82,5 (82,0 - 83,0)        |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 47,5 (46,3 - 48,7)   | 51,4 (50,2-52,6)          | 7,7 (6,2 - 9,2)   | 12,1 (10,2 - 14,0)        | 83,5 (82,8 - 84,2)  | 79,0 (78,2 - 79,8)        |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 34,4 (32,7 - 36,1)   | 44,9 (43,1-46,7)          | 8,2 (5,0 - 11,4)  | 11,7 (8,1 - 15,3)         | 81,0 (79,8 - 82,2)  | 75,8 (74,5 - 77,1)        |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                           |   |                           |   |                           |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 44,8 (43,6 - 46,0)   | 53,5 (52,3 - 54,7)        | 11,5 (9,7 - 13,3)   | 18,4 (16,2 - 20,6)        | 89,3 (88,7 - 89,9)  | 88,5 (87,8 - 89,2)        |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 45,4 (44,3 - 46,5)   | 54,1 (53,0 - 55,2)        | 6,9 (5,4 - 8,4)   | 8,7 (7,0 - 10,4)          | 88,8 (88,2 - 89,4)  | 87,7 (87,0 - 88,4)        |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 44,0 (43,0 - 45,0)   | 53,1 (52,1 - 54,1)        | 3,0 (2,1 - 3,9)   | 4,6 (3,5 - 5,7)           | 86,2 (85,6 - 86,8)  | 84,1 (83,5 - 84,7)        |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 45,4 (44,0 - 46,8)   | 52,8 (51,4 - 54,2)        | 2,5 (1,3 - 3,7)   | 3,6 (2,2 - 5,0)           | 84,0 (83,1 - 84,9)  | 78,9 (77,9 - 79,9)        |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 42,6 (41,8 - 43,4)   | 46,3 (45,5 - 47,1)        | 2,8 (2,0 - 3,6)   | 5,4 (4,4 - 6,4)           | 81,8 (81,3 - 82,3)  | 75,7 (75,1 - 76,3)        |
| <b>Brasil<sup>(k)</sup></b>     | <b>44,0 (43,5 - 44,5)</b>                                    | <b>51,0 (50,5 - 51,5)</b> | <b>5,2 (4,6 - 5,8)</b>  | <b>7,9 (7,2 - 8,6)</b>    | <b>85,3 (85,0 - 85,6)</b>   | <b>81,9 (81,6 - 82,2)</b> |

\* valor de  $p < 0,001$  para região e valor de  $p > 0,05$  para porte populacional (razão de verossimilhança); \*\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup> 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; <sup>(b)</sup> 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; <sup>(c)</sup> 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; <sup>(d)</sup> 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; <sup>(e)</sup> 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; <sup>(f)</sup> 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; <sup>(g)</sup> 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; <sup>(h)</sup> 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; <sup>(i)</sup> 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; <sup>(j)</sup> 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; <sup>(k)</sup> 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; <sup>(l)</sup> Foram consideradas apenas usuárias que fizeram consulta de puerpério (n = 4.550 (2012) e n = 4.058 (2018)); <sup>(m)</sup> Questões consideradas: (1) como a puérpera estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão, (2) oferta de método contraceptivo, (3) realização de exame ginecológico, e (4) exame das mamas; <sup>(n)</sup> Foram consideradas apenas usuárias com crianças até 2 anos (n = 7.964 (2012) e n = 6.183 (2018)); <sup>(o)</sup> Questões consideradas: (1) ações durante a consulta na primeira semana de vida (criança pesada, medida, colocada pra mamar, umbigo examinado e questionado se a criança possuía certidão de nascimento) (2) realização do teste do pezinho, (3) vacinação em dia, (4) acompanhamento do desenvolvimento da criança, e (5) orientação sobre alimentação da criança até dois anos; <sup>(p)</sup> Foram consideradas apenas usuários com diabetes (n = 7.359 (2012) e n = 7.424 (2018)); <sup>(q)</sup> Questões consideradas: nos últimos 6 meses (1) fez exame de glicemia, (2) profissional examinou os pés, e (3) profissional orientou sobre o cuidado com os pés; <sup>(r)</sup> Foram consideradas apenas usuárias do sexo feminino (n = 46.080 (2012) e n = 44.108 (2018)); <sup>(s)</sup> Questões consideradas: (1) orientação sobre a realização de exame para prevenção do câncer do colo do útero, e (2) orientação sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos; <sup>(t)</sup> Foram consideradas apenas usuários com necessidade de prótese dentária (n = 5.888 (2012) e n = 6.353 (2018)).

## DISCUSSÃO

No que diz respeito a oferta de ações programadas para grupos populacionais, historicamente identificados como prioritários, os dados revelam que, embora tenha havido um importante aumento da proporção de equipes que asseguram cuidados

preventivos e assistenciais para tais grupos, a qualidade do cuidado ainda enfrenta grandes desafios, principalmente nas regiões norte e centro-oeste. Considerando elementos marcadores da qualidade da atenção, como demonstram os dados, apenas 22,4% das puérperas afirmaram que foram perguntadas sobre como estavam se sentindo emocionalmente, receberam oferta de método contraceptivo, cuidados ginecológicos e tiveram as mamas examinadas. Para crianças até 2 anos, cerca de 1/3 (32,7%) recebeu atendimento durante a primeira semana de vida, realizou o teste do pezinho, estava com a vacinação em dia, entre outras questões essenciais no acompanhamento de crianças nessa faixa etária. E, entre os usuários com diabetes, somente cerca de 1/3 relatou ter feito exame de glicemia, os pés examinados por um profissional de saúde e ter recebido orientação sobre o cuidado com os pés, nos últimos 6 meses.

Serviços organizados para atender de maneira qualificada a demanda mais recorrente implica, necessariamente, em melhores desfechos de saúde, principalmente para usuários em condições crônicas, evitando o agravamento e a deterioração da sua saúde e a procura por serviços especializados e internações por causas evitáveis pela AB<sup>(9,24)</sup>. Como aponta a literatura, tudo isso requer a eliminação de barreiras físicas e organizacionais para o acesso, a disponibilidade de insumos e equipamentos que permitam o desenvolvimento das ações, assim como a qualificação dos profissionais para o desenvolvimento de boas práticas no cuidado<sup>(25)</sup>.

Ações de promoção da saúde aliadas a esforços para a prevenção de agravos têm ocupado posição de relevo nas práticas empreendidas pela ESF, desde a sua origem. Equipes buscam de maneira diversificada articular as ações assistenciais-curativas a práticas que visam evitar o adoecimento e contribuir para o estabelecimento de condições adequadas de vida e saúde em seus territórios de atuação<sup>(11-12)</sup>, seja por meio de atividades em grupos programáticos e de educação em saúde, iniciativas coordenadas com outros aparelhos públicos ou da sociedade civil organizada, ou intervenções diretas durante o contato individual com usuários no momento do atendimento<sup>(12)</sup>.

Como sugerem os dados apresentados, em 2018, quase a totalidade das equipes desenvolviam ações de promoção e prevenção (96,2%), no entanto, ao selecionarmos uma temática específica para captarmos a percepção de usuárias quanto ao alcance das ações de prevenção do câncer do colo do útero e de planejamento familiar, nota-se que ainda existem importantes lacunas a serem

preenchidas pelas equipes. A qualificação das iniciativas de promoção e prevenção exige mudanças na concepção e na organização do trabalho realizado nas UBS e deve superar uma feição prescritiva de comportamentos tidos como saudáveis, na perspectiva de se construir, a partir da pactuação permanente entre profissionais e usuários, possibilidades de mudanças nas atitudes e hábitos dos indivíduos<sup>(12)</sup>.

Quando se trata da realização de coleta de material para exames laboratoriais e de procedimentos e pequenas cirurgias, os dados revelaram que ao longo dos anos 2010 houve importante aumento na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um conjunto essencial de procedimentos como drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, curativos, entre outros. Uma crítica recorrente a AB é de que a sua capacidade de resolver os problemas dos usuários é muito baixa, e essa avaliação negativa, muitas vezes, decorre da ausência de acolhimento à demanda espontânea e da limitada oferta de procedimentos que são frequentemente demandados pelos usuários, diminuindo, sobremaneira, a possibilidade da equipe resolver os problemas na própria UBS sem a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades em outros pontos de atenção.

Como aponta a literatura que tem se debruçado mais recentemente sobre o escopo de práticas de profissionais médicos e enfermeiros que integram as equipes de SF, ainda persistem grandes obstáculos para a ampliação da oferta de um conjunto estratégico de ações que permitiriam um aumento da resolutividade da AB<sup>(13-14)</sup>. Muitas vezes, as equipes não ofertam ou realizam procedimentos por falta de treinamento que lhes assegurem as habilidades necessárias para a sua execução técnica apropriada, pela falta ou escassez de materiais e insumos indispensáveis para a sua realização, ou até mesmo porque não entendem a AB como o lugar para a oferta dessas ações<sup>(13-14)</sup>. A restrição da abrangência de procedimentos ofertados/realizados nas UBS é ainda maior em cidades mais populosas que contam com uma rede de urgências e serviços especializados em maior número. Em 2018, enquanto nos municípios com até 10 mil habitantes a proporção de equipes que realizavam a totalidade dos procedimentos listados era de 64,9%, nas maiores cidades era de 25,5% (tabela 1).

Em relação a oferta de procedimentos básicos de saúde bucal notamos que, de maneira geral, não houve melhorias relevantes da prevalência de equipes que passaram a oferecer procedimentos como a aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia. Foram

principalmente nas cidades de médio porte que esse cenário mais evoluiu positivamente, e a região norte seguiu apresentando resultados muito inferiores às demais regiões, demonstrando claramente o grau de dificuldade que os municípios da região encontram em organizar ofertas de saúde bucal adequadas. Olhando a questão de outro ângulo, considerando a resposta dos usuários, ao selecionarmos um importante marcador da qualidade da oferta de saúde bucal, qual seja, a disponibilidade e acompanhamento para o uso adequado de prótese dentária, os resultados indicam baixo acesso público nas UBS e o quanto os usuários ainda precisam recorrer a clínicas e consultórios privados para acessarem próteses, quando necessário.

A oferta de saúde bucal configura um importante elemento da experiência brasileira, relacionado a integralidade na AB, mas, de todo modo, como aponta a literatura, as coberturas populacionais de saúde bucal permanecem inferiores às coberturas da ESF, os municípios ainda encontram fortes dificuldades em equipar e suprir as unidades com insumos essenciais para as ações de saúde bucal e a organização da rede segue com elevado grau de fragmentação e desarticulação, principalmente quando se trata do seguimento de usuários com diagnóstico de câncer de boca e que necessitam de prótese dentária<sup>(15-16)</sup>.

Outra importante questão associada à capacidade da AB potencializar a sua oferta de cuidados integrais é a organização da agenda das equipes para realização de ações na casa das pessoas e famílias, sobretudo quando se trata do acompanhamento longitudinal de usuários com doenças crônicas não-transmissíveis e usuários mais suscetíveis ao adoecimento ou agravamento de doenças, em decorrência de fatores socioeconômicos<sup>(17-18)</sup>. A realização do cuidado no domicílio pode proporcionar maior conhecimento sobre os usuários, considerando seus hábitos, rotina e fatores de risco sob os quais estão expostos, contribuindo para uma atenção mais focada em suas necessidades concretas<sup>(17-18)</sup>. Para essa temática, como sugerem os dados, a grande maioria das equipes procuram organizar o seu processo de trabalho de maneira a assegurar que sejam realizadas visitas domiciliares e que essas visitas sejam determinadas pelo risco e vulnerabilidade dos usuários. Ao mesmo tempo, a maior parte dos usuários entrevistados indicou que recebe a visita do ACS em seu domicílio, muito embora os percentuais tenham diminuído entre 2012 e 2018, principalmente no centro-sul do país e nas cidades mais populosas. Uma possível explicação para essa diminuição, a ser melhor investigada, é a de que, a

partir de 2015 o número de ACS, pela primeira vez desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem diminuído, levando a quedas sucessivas de coberturas<sup>(6)</sup>.

A busca pela integralidade deve, necessariamente, incorporar um espectro mais amplo de saberes que exigem a superação do modelo médico hegemônico, que privilegia uma perspectiva biologicista dos problemas e necessidades de saúde, restringindo as estratégias de cuidado a sua vertente biológica, negligenciando a sua interdependência com fatores sociais, econômicos e culturais<sup>(17,20)</sup>. Nesse sentido, a articulação de diferentes saberes, em prol da ampliação da capacidade dos serviços encontrarem respostas adequadas à singularidade dos indivíduos, exige abordagens que favoreçam a multidimensionalidade do cuidado e a superação de práticas compartimentalizadas e medicalizantes<sup>(20,26)</sup>. Iniciativas como a implantação do NASF e a incorporação de um leque mais amplo de racionalidades médicas nas práticas de cuidado que ocorrem nas UBS e no território de atuação das equipes de SF podem representar um importante acúmulo para o alcance de pressupostos que permeiam a ideia de integralidade na AB<sup>(19-21)</sup>.

Os resultados apresentados demonstram ter ocorrido significativo aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio do NASF, principalmente nas menores cidades, em decorrência da mudança na política de financiamento do MS que, desde o final de 2012, passou a reconhecer a possibilidade de implantação de NASF em municípios onde havia apenas 1 ou 2 equipes de SF. Contudo, como aponta a literatura, muitos desafios ainda se apresentam para a qualificação das ações individuais e coletivas dos trabalhadores que integram os NASF<sup>(19)</sup>. Eles encontram grandes dificuldades para consolidar o seu vínculo com os demais profissionais e a população, sobretudo pelo elevado número de equipes de SF vinculadas a cada núcleo, obstáculos para o seu deslocamento entre os territórios de atuação das diferentes equipes; e a falta de formação adequada e habilidades para atuarem nos NASF<sup>(19)</sup>. Os resultados também demonstraram relevante aumento na prevalência de equipes que ofertam PIC como estratégia de ampliação do leque terapêutico à disposição dos usuários que procuram as UBS e os percentuais mais elevados continuam sendo no sudeste e cidades maiores, localidades que concentram a maior porção de centros formadores em PIC. Na maior parte das situações, são os próprios trabalhadores que tomam a iniciativa de buscar formação, dado que a sua oferta no Brasil ainda é insuficiente, difusa e com limitação na qualidade<sup>(21)</sup>.

Por fim, a efetivação da integralidade na AB também exige do serviço de saúde um esforço de reconhecimento mais aprofundado da realidade do território em que atua e capacidade de conexão com outros setores do poder público e da sociedade civil organizada. Uma maior articulação da AB com aparatos educacionais, de assistência social, culturais, religiosos e associativos, de maneira geral, desloca o eixo de atuação dos serviços para uma perspectiva mais abrangente de compreensão das necessidades dos usuários, considerando que a maior parte dos elementos que produzem efeito sobre a saúde dos indivíduos e coletividades ocorre no território em que habitam e formam seus laços de convivência e interação cotidiana<sup>(12,22)</sup>. Um bom exemplo de ação intersetorial entre a SF e a educação é o Programa Saúde na Escola (PSE) que, de acordo com os resultados, também apresentou aumento no período analisado, evidenciando o crescente esforço de gestores e trabalhadores em implementar ações de intersectorialidade, independentemente do contexto observado.

### **Limitações do estudo**

Muito embora a maior parte das equipes de SF existentes no país tenham participado do PMAQ, por se tratar de um programa por adesão, a amostra das equipes que integram o estudo não é completamente aleatória. Ao mesmo tempo, como ocorreram mudanças nos instrumentos entre o 1º e o 3º ciclos, importantes questões relacionadas à integralidade, que poderiam aumentar a profundidade das análises empreendidas, não puderam ser mobilizadas, tais como questões associadas a práticas realizadas nos domicílios; e motivos que constroem ou limitam a possibilidade das equipes ofertarem um escopo mais amplo de ações.

### **Contribuições para as áreas de enfermagem, saúde ou política pública**

Os resultados do estudo podem contribuir para o aperfeiçoamento e reorientação de políticas, programas e práticas dos trabalhadores de saúde, incluindo os profissionais de enfermagem, direcionando-os para o enfrentamento de aspectos da integralidade que apresentam maiores lacunas e deficiências, com olhar sobre os diferentes contextos, para o desenvolvimento de ações que possam atender às especificidades das distintas realidades.

## CONCLUSÕES

O acesso e a integralidade do cuidado na AB vem se fortalecendo desde quando o Estado brasileiro, por meio do SUS, passou a implementar políticas mais estruturadas de AB em todo o país. Como se pôde observar ao longo do estudo, para quase todas as dimensões relacionadas a integralidade que foram abordadas constatou-se melhorias durante o período analisado. Houve aumento na prevalência de equipes de SF que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para grupos populacionais prioritários; quase a sua totalidade desenvolvem ações de promoção e prevenção; encontrou-se elevação na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um conjunto essencial de procedimentos; a maior parte delas organizam seu processo de trabalho para assegurar que sejam realizadas visitas domiciliares, com prioridade para usuários com maior risco e vulnerabilidade; encontrou-se crescimento expressivo na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio do NASF e que incorporaram PIC no rol de ofertas aos usuários, além do aumento no percentual de equipes que buscam efetivar ações intersetoriais por meio da articulação com o setor educação.

Mas por outro lado, os dados também revelaram importantes desafios para a qualificação da oferta dos serviços de AB. Para grupos como puérperas, crianças de até 2 anos e usuários com diabetes foram constatadas necessidades de aperfeiçoamento das práticas das equipes para assegurar um cuidado adequado aos usuários, principalmente no norte e centro-oeste. Do mesmo modo, foram detectadas importantes lacunas para a qualificação das ações preventivas direcionadas a saúde da mulher e obstáculos para a ampliação da oferta de um conjunto estratégico de procedimentos que permitiriam maior capacidade de resolutividade da AB, sobretudo no sudeste e municípios mais populosos. Quanto a oferta de saúde bucal, também persistem gargalos significativos, principalmente do norte que segue apresentado resultados muito inferiores às demais regiões. O percentual de usuários que afirmaram receber a visita de ACS apresentou pequena oscilação negativa, com maiores quedas no centro-sul e cidades mais populosas.

## REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 07];12(2):343-49. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200010&lng=pt).
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 365-93.
3. Mattos RA. [Comprehensiveness in practice (or, on the practice of comprehensiveness)]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2020 Aug 07];20(5):1411-16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt) Portuguese.
4. Carnut L. [Care, integrality and primary care: essential articulation to reflect on the health sector in Brazil]. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 07];41(115):1177-86. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en). Portuguese.
5. Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2020 Aug 07];24(Suppl 1):S21-S23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en).
6. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
7. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family health strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int. j. equity health* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 07];15:151. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0440-7>
8. Macinko J, Mendonça CS. [The family health strategy, a strong model of primary health care that delivers results]. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug

- 07];42(spe 1):18-37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en). Portuguese.
9. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. [Integrality-building in the care of people with diabetes mellitus in a healthcare unit of Feira de Santana, Bahia state]. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 07];16(Suppl 1):1417-26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700077&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700077&lng=en). Portuguese.
  10. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. [Integrality and primary health care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo]. *Saúde Soc.* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 07];20(4):948-60. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=en). Portuguese.
  11. Arce VAR, Sousa MF. [Comprehensive care: social representations of Family health teams in Distrito Federal, Brazil]. *Saúde Soc.* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 07];22(1):109-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100011&lng=en). Portuguese.
  12. Prado NMBL, Santos AM. [Health promotion in primary health care: systematization of challenges and intersectoral strategies]. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07];42(spe 1):379-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500379&lng=en). Portuguese.
  13. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, David RB. Assessment of the scope of practice of physicians participating in the Mais Médicos (More Doctors) Program, and associated factors. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 07];21(9):2739-48. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=en).
  14. Girardi SN, Stralen ACS, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, Carvalho CL. Scope of practice in primary care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. *Rev. bras. saúde mater. infant.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 07];17(suppl 1):S171-S184. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=pt).
15. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. [Integrality in everyday dental care: review of the literature]. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 07];13(1):201-14. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00020> Portuguese.
  16. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. [Dental care in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB external evaluation]. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 07]; 38(esp):140-57. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600140&lng=en). Portuguese.
  17. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 07];21(9):2729-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=en).
  18. Gasparini MFV, Furtado, JP. Longitudinality and comprehensiveness on the more doctors program: an evaluative study. *Saúde debate* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 07];43(120):30-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912002>.
  19. Araújo Neto JD, Albuquerque IMN, Lira GV, Bosi MLM. [Restrictive aspects of comprehensive healthcare in the family health supporting nuclei: the stakeholder's viewpoint]. *Physis* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07];28(4):1-25. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000400615&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400615&lng=pt). Portuguese.
  20. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco; 2010. p. 9-36.
  21. Tesser, CD, Sousa IMC, Nascimento MC. [Traditional and complementary medicine in primary health care in Brazil]. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07];42(spe 1):174-88. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500174&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500174&lng=pt). Portuguese.
22. Santos CTB, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF. Integrality in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07];23(4):1233-40 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000401233&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401233&lng=en).
  23. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Microdados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [cited 2019 Sep 28]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
  24. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili PRN. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family health program in Brazil: an ecological study. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 07];17(4):968-77. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=en).
  25. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, Thumé E, Silveira DS, et al. Diabetes care in Brazil; program to improve primary care access and quality (PMAQ). *J. ambul. care manage.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 07];40(2 sup.):S12-S23. Available from: [https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Diabetes\\_Care\\_in\\_Brazil\\_\\_Program\\_to\\_Improve.3.aspx](https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Diabetes_Care_in_Brazil__Program_to_Improve.3.aspx)
  26. Campos GWS. [Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services]. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 1999 [cited 2020 Aug 07];4(2):393-403. Available from: doi: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en). Portuguese.

## 5.4 COORDENAÇÃO DO CUIDADO E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL (2012-2018)

Allan Nuno Alves de Sousa

Helena Eri Shimizu

**Resumo** *O objetivo do estudo é analisar elementos relacionados à capacidade de coordenação do cuidado da atenção básica no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos de integração entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, apontando seus principais avanços e obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos. Estudo descritivo transversal e longitudinal, utilizando base de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Visando a análise longitudinal dos mesmos casos, foram selecionadas 15.378 equipes que participaram do 1º e do 3º ciclos do PMAQ, 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 para os usuários agendamento com especialistas; e a maior parte dos serviços asseguram exames para grupos populacionais prioritários. Houve elevação na proporção de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários 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. Houve melhoria na capacidade dos serviços básicos de saúde exercerem função coordenadora das redes de atenção à saúde, mas permanecem problemas que ainda precisam ser enfrentados para o seu aperfeiçoamento.*

**Palavras-Chave** Atenção Básica; Continuidade da Assistência ao Paciente; Integração de Sistemas; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde

### **Introdução**

A garantia do acesso universal e integral à saúde para a população exige um esforço de organização do sistema de saúde que privilegie a constituição de redes de

atenção articuladas, geograficamente bem definidas e que integrem os diferentes pontos de atenção e níveis de oferta de serviços de saúde<sup>1,2</sup>. Apesar dos inúmeros avanços na direção de uma maior estruturação das redes no Sistema Único de Saúde (SUS), ele ainda padece de considerável fragmentação, com baixa integração dos serviços, associada a características de sistemas segmentados, principalmente em decorrência dos obstáculos produzidos pela competição entre o setor público e o privado, e um modelo biomédico prescritivo que privilegia uma atenção curativista<sup>1,3,4</sup>.

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>4,5</sup>, dado que, 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, com significativas melhorias na sua qualidade, reduzindo obstáculos para o acesso nos variados níveis de atenção e potencializando a capacidade do sistema em ofertar cuidados integrais, sobretudo para usuários que demandam atenção constante<sup>4,5</sup>.

Muito embora esteja disponível na literatura diferentes definições sobre o que se entende por coordenação do cuidado, há um conjunto de elementos que delimita aspectos que podem ser considerados comuns entre os variados conceitos abordados, qual seja, a integração vertical e horizontal entre ações e serviços, que favoreçam o alinhamento, a conexão e cooperação entre organizações e atores, com o emprego de dispositivos e instrumentos que dêem suporte ao planejamento da gestão e à atuação de trabalhadores, que definam fluxos facilitadores do caminhar dos usuários na rede de saúde, que permitam a troca e a continuidade informacional entre os variados pontos de atenção, e que apoiem o acompanhamento dos planos terapêuticos por parte dos profissionais de saúde<sup>6,7,8,9</sup>.

No Brasil, o movimento que passou a atribuir maior relevância da AB na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir da instituição da Estratégia Saúde da Família (ESF), gerou um rápido processo de ampliação do acesso à população com o aumento do número de equipes de Saúde da Família (SF), resultando num salto na cobertura populacional de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018, com um crescimento médio anual para o período igual a 2,9 pontos percentuais<sup>10</sup>. Durante esse espaço de tempo, a AB não só ganhou volume, mas também acumulou em qualidade em várias de suas dimensões. Uma quantidade expressiva de estudos passaram a evidenciar a potência e os bons resultados

produzidos pela ESF, demonstrando a sua capacidade de impactar nas condições de saúde da população, melhorando o acesso e a utilização de serviços, sobretudo para as populações com menor renda, impactando nas reduções de mortalidade infantil e adulta, para algumas condições sensíveis à AB, expandindo o acesso a tratamentos e melhorando a equidade e a eficiência do SUS, contribuindo para a redução de hospitalizações desnecessárias<sup>11,12,13,14,15,16</sup>. Porém, estudos também demonstram que importantes obstáculos seguem restringendo a efetivação da AB como coordenadora do cuidado nas RAS, na medida em que equipes de SF permanecem encontrando dificuldades para receberem o apoio e articularem ações com especialistas de outros pontos de atenção<sup>17,18,19</sup>, coordenarem o acesso a consultas em outras especialidades e a exames para o apoio diagnóstico e acompanhamento no cuidado continuado<sup>20,21,22</sup>; redes 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 o itinerário dos usuários que precisam de encaminhamento<sup>18,21,23</sup>; 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>.

O objetivo do presente estudo é analisar elementos relacionados à 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 e obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos.

## **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), do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos. A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta. Ao mesmo tempo, 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 e, para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6/equipe). A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa, lideradas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal do Pará (UFPA).

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 à coordenação do cuidado na AB para os mesmos casos com o passar do tempo, ou seja, buscou-se analisar se para cada variável selecionada constatou-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, 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 a totalidade de equipes participantes do PMAQ.

Foram selecionadas variáveis que pudessem informar sobre a capacidade coordenadora da AB nas RAS conforme 3 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 mantiveram inalteradas, 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, tais como se a equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos, se, em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, consegue agendar a consulta para o usuário, se consegue acessar exames para apoio diagnóstico e para o cuidado continuado de grupos populacionais prioritários, se possui referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na RAS, se utiliza prontuário eletrônico e se possui fluxo de comunicação entre a AB e outros pontos da rede institucionalizado; e 3 variáveis que se referem a informações dos usuários, quais sejam, se quando há necessidade de encaminhamento para outros profissionais ou especialistas, o usuário sai da UBS com consulta agendada, se, quando necessitaram, usuárias conseguiram realizar exame de mamografia e, após o nascimento do filho, a equipe garantiu consulta de puericultura na primeira semana de vida da criança.

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 do 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*, entre 2012 e 2018, 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 p.p., e municípios de até 10 mil habitantes, com elevação acima de 15 p.p. (tabela 1). Quanto à disponibilidade de central de regulação para encaminhamentos para outros pontos de atenção, os dados revelam que houve um pequeno aumento, num cenário no qual a maior parte das equipes já possuía acesso a esse dispositivo em 2012 (90,7% - 93,6%) (tabela 1). Porém, quando se observa a disponibilidade de centrais de marcação para consultas especializadas, exames e leitos, o aumento foi de 13,8 p.p., com avanços mais acentuados no nordeste (20,8 p.p.), centro-oeste (18,9 p.p.) e municípios com até 50 mil habitantes (tabela 1). Em 2012, nos casos em que havia necessidade de encaminhamento para consulta especializada, apenas 26,0% das equipes indicaram que conseguem assegurar ao usuário o agendamento na hora do atendimento, enquanto em 2018, esse percentual aumentou para 43,8%, com elevações mais expressivas no sul (22,4 p.p.), sudeste (19,4 p.p.) e municípios acima de 100 mil habitantes (20,6 p.p.) (tabela 1).

Quando se refere ao acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, constatou-se um importante aumento, saindo de 82,7% em 2012 e chegando a 91,4% em 2018, com elevação superior a 10 p.p. no norte, nordeste e centro-oeste e de quase 15 p.p. nos municípios 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 no sudeste e 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>(l)</sup>                             |                           |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <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> |
| 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* <sup>(m)</sup> |                           | Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal* <sup>(n)</sup> |                           |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <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<sup>(k)</sup></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> |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup>  $n = 908$ ; <sup>(b)</sup>  $n = 5.096$ ; <sup>(c)</sup>  $n = 5.723$ ; <sup>(d)</sup>  $n = 2.600$ ; <sup>(e)</sup>  $n = 1.051$ ; <sup>(f)</sup>  $n = 2.237$ ; <sup>(g)</sup>  $n = 2.466$ ; <sup>(h)</sup>  $n = 3.363$ ; <sup>(i)</sup>  $n = 1.670$ ; <sup>(j)</sup>  $n = 5.516$ ; <sup>(k)</sup>  $n = 15.378$ ; <sup>(l)</sup> Marcação de consultas especializadas, exames e leitos; <sup>(m)</sup> Creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada; <sup>(n)</sup> 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*, entre 2012 e 2018, 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 p.p nas regiões nordeste e centro-oeste e 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 o nordeste (64,7% - 96,2%) e centro-oeste (62,8% - 96,6%) e 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 p.p. no sul, centro-oeste e municípios 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 ponto de atenção na rede, 78,4% das equipes responderam afirmativamente em 2018, o que representa 32,5 p.p. a mais do que foi observado em 2012, com incrementos mais acentuados no nordeste (38,1 p.p.) e municípios entre 10 e 20 mil habitantes (37,4 p.p.) (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>*(l)</sup>                                     |                           | Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade* |                           |
|---------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <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<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         | 2012**<br>% (IC95%)   | 2018*<br>% (IC95%)        |
| <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> |

\* 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).

<sup>(a)</sup>  $n = 908$ ; <sup>(b)</sup>  $n = 5.096$ ; <sup>(c)</sup>  $n = 5.723$ ; <sup>(d)</sup>  $n = 2.600$ ; <sup>(e)</sup>  $n = 1.051$ ; <sup>(f)</sup>  $n = 2.237$ ; <sup>(g)</sup>  $n = 2.466$ ; <sup>(h)</sup>  $n = 3.363$ ; <sup>(i)</sup>  $n = 1.670$ ; <sup>(j)</sup>  $n = 5.516$ ; <sup>(k)</sup>  $n = 15.378$ ; <sup>(l)</sup> 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, saindo de apenas 14,3% em 2012 e chegando a 43,0% em 2018, com aumento muito destacado nas regiões sul (54,3 p.p.) e centro-oeste (43,1 p.p.), e municípios com até 10 mil habitantes (43,8 p.p.) (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 p.p. no centro-oeste, norte e 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 contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados, ela ainda é muito baixa (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 situações foi no nordeste e municípios de médio porte que o cenário melhorou mais (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                       | Utiliza prontuário eletrônico* |                           | Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado* |                           |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)              | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)         |
| <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> |

| Variáveis                       | Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados* <sup>(l)</sup> |                           | Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados* <sup>(l)</sup> |                           |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)         |
| <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)        |
| 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> |

\* valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança).

<sup>(a)</sup>  $n = 908$ ; <sup>(b)</sup>  $n = 5.096$ ; <sup>(c)</sup>  $n = 5.723$ ; <sup>(d)</sup>  $n = 2.600$ ; <sup>(e)</sup>  $n = 1.051$ ; <sup>(f)</sup>  $n = 2.237$ ; <sup>(g)</sup>  $n = 2.466$ ; <sup>(h)</sup>  $n = 3.363$ ; <sup>(i)</sup>  $n = 1.670$ ; <sup>(j)</sup>  $n = 5.516$ ; <sup>(k)</sup>  $n = 15.378$ ; <sup>(l)</sup> 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. Mas a proporção manteve-se ainda muito baixa (19,9%), independentemente do contexto analisado (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 91,0%, representando aumento de 8,1 p.p. em relação a 2012, sendo que foram no nordeste, centro-oeste e municípios entre 20 e 50 habitantes que ocorreram elevações superiores a 10 p.p. (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 no centro-oeste (9,6 p.p.), 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  | 2018                      | 2012**  | 2018*                     | 2012   | 2018                      |
|                                 | % (IC95%)   | % (IC95%)                 | % (IC95%)   | % (IC95%)                 | % (IC95%)  | % (IC95%)                 |
| <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)        |
| 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> |

\* 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).

<sup>(a)</sup> 2012 = 3.231 / 2018 = 3.049; <sup>(b)</sup> 2012 = 19.653 / 2018 = 18.427; <sup>(c)</sup> 2012 = 22.870 / 2018 = 21.193; <sup>(d)</sup> 2012 = 9.560 / 2018 = 9.689; <sup>(e)</sup> 2012 = 4.040 / 2018 = 4.011; <sup>(f)</sup> 2012 = 8.813 / 2018 = 8.650; <sup>(g)</sup> 2012 = 9.834 / 2018 = 9.282; <sup>(h)</sup> 2012 = 13.055 / 2018 = 12.558; <sup>(i)</sup> 2012 = 6.580 / 2018 = 6.311; <sup>(j)</sup> 2012 = 21.072 / 2018 = 19.568; <sup>(k)</sup> 2012 = 59.354 / 2018 = 56.369; <sup>(l)</sup> Foram considerados apenas usuários que necessitaram de encaminhamento ( $n = 43.082$  (2012) e  $n = 34.612$  (2018)); <sup>(m)</sup> Foram consideradas apenas usuárias que informaram terem necessitado fazer exame de mamografia ( $n = 17.658$  (2012) e  $n = 20.291$  (2018)); <sup>(n)</sup> Foram consideradas apenas usuárias com crianças até 2 anos ( $n = 7.964$  (2012) e  $n = 6.183$  (2018)).

## Discussão

Para que a AB efetivamente possa exercer função coordenadora da RAS, ela deve atuar como ponto preferencial de primeiro contato regular dos usuários no sistema de saúde, de maneira acessível, acolhedora e resolutiva, operando como filtro para outros níveis de atenção e conectando-se a eles, horizontal e verticalmente, numa rede integrada e organizada de modo a facilitar o acesso dos usuários, por todo o seu itinerário<sup>4,7,9</sup>. Mas, para que isso ocorra, é necessário que um conjunto de elementos estejam presentes na organização geral da rede e no modo de funcionamento dos serviços de AB.

No que diz respeito à dimensão *apoio e acesso a serviços especializados*, como aponta a literatura, um importante elemento para a ampliação da capacidade de coordenação do cuidado da AB, para além dos mecanismos mais convencionais de referência e contra referência, é a existência de canais estruturados de apoio aos trabalhadores que atuam nas UBS<sup>17,18,19</sup>. A retaguarda especializada disponível para às equipes não pode se restringir à oferta de equipamentos para os quais a AB encaminha casos considerados mais complexos e faça a transferência de responsabilidade. É fundamental que se construa uma relação dialógica e articulada que favoreça o compartilhamento e discussão de casos clínicos, e a qualificação dos encaminhamentos<sup>19,25</sup>.

Os resultados apresentados demonstram 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), centros de especialidades e, principalmente, dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), sobretudo, no norte e 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 em municípios onde havia apenas 1 ou 2 equipes de SF. De todo modo, como indica a literatura, 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 fluída e permanente entre eles<sup>19,26</sup>.

Por sua vez, a existência de centrais de marcação, por meio de sistema de regulação, tendem a facilitar o acesso a consultas e exames especializados, dado que contribui para a operacionalização de mecanismos normatizadores de acesso aos

serviços presentes na rede, e contribuem 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>. Para esse aspecto, os dados demonstram que a maior parte das equipes dispõem de centrais de regulação (93,6%), porém as alternativas de tipo de marcação ainda são restritas, apenas ¼ delas conseguem, por meio de suas centrais, 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>. Mas 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 acessarem 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 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 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 mostram importante evolução para o período estudado, sobretudo nos grandes centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas do país, apesar de os usuários terem apresentado um 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 da 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 demonstram que a grande maioria das equipes, exceto aquelas situadas na região norte, afirmaram 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 grande maioria das usuárias que tiveram indicação para realização de mamografia afirmaram que conseguiram realizar o exame. Esses resultados contrastam com achados de outros estudos que descrevem um cenário não tão positivo. Estudo realizado numa 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 3 municípios com mais de 100 mil habitantes no estado da Bahia detectou que algo em torno de 40% dos usuários 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, podem ser extremamente importantes para a ampliação da capacidade da 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 ao 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 no nordeste, centro-oeste e 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 aprofundadamente 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 contra referência, tratadas de maneira burocrática e sem posicionar a AB como ponto de coordenação<sup>17</sup>.

Ao analisarmos aspectos relacionados à 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 no nordeste, centro-oeste, 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 podem contribuir com a qualificação do cuidado ofertado aos usuários e, se associados a dispositivos de integração da rede, podem aumentar a resolutividade da AB e qualificar os encaminhamentos, evitando referenciamentos desnecessários.

Por fim, os resultados relacionados à *continuidade informacional e fluxos de comunicação com a rede* apontam, de uma maneira geral, para uma melhora nos mecanismos de troca de informação entre os profissionais. A proporção de equipes que utilizam prontuário eletrônico (PE) apresentou um forte salto (14,3% - 43,0%). É consenso na literatura a importância de se implementar mecanismos informatizados de registro, utilização e recuperação dos dados nos estabelecimentos de saúde, na perspectiva de se 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 dos profissionais de saúde tomarem melhores decisões na gestão do cuidado<sup>30,31,32</sup>.

O uso de PE na AB potencializa, sobremaneira, 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, como também 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 as regiões sul e centro-oeste, está associado à disponibilização de ferramenta por parte do MS que, desde 2013, passou a fornecer um PE (eSUS AB) de maneira gratuita, associada a estratégias de apoio à sua utilização<sup>33,34</sup>. Os dados do PMAQ convergem para os registros administrativos do MS que em 2018 apresentava um resultado no qual 49,0% 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 num 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>. Quase 90,0% das equipes informaram haver fluxo institucionalizado de comunicação entre os profissionais da AB e os demais pontos da rede. Porém, quando indagadas sobre a frequência com a qual a comunicação ocorre, um percentual muito baixo de equipes informou que costumam contatar regularmente especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados (34,7%) e um percentual ainda mais baixo de especialistas entram em contato regularmente com os profissionais da AB (18,2%). O fluxo de comunicação mais recorrente ainda segue sendo as fichas de referência e contra referência e 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.

Cumprir lembrar que, apesar de a maior parte das equipes de SF existentes no Brasil ter participado do PMAQ, dado se tratar de um programa por adesão, 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 à coordenação do cuidado, que poderiam permitir um maior aprofundamento das análises realizadas, não puderam ser mobilizadas, tais como questões associadas a tempos 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 rede de atenção à saúde.

## Conclusões

Como pudemos verificar ao longo do estudo, para quase todas as questões relacionadas à coordenação do cuidado constataram-se melhorias. Houve aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio de outros profissionais da rede, como os de CAPS, centros de especialidades e, principalmente, dos NASF, sobretudo, na região norte e em menores municípios. A maior parte das equipes dispõe de centrais de regulação e observou-se crescimento do percentual de equipes que conseguem garantir que o usuário já saia da UBS com a consulta no especialista agendada, em caso de necessidade, principalmente nas maiores cidades e regiões mais desenvolvidas.

Com exceção das equipes localizadas na região norte, a maior parte dos serviços garantem exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e, para todos os cenários, os exames essenciais para o acompanhamento do pré-natal. Significativa parcela das mulheres com indicação da AB para realização de mamografia consegue acesso ao exame na rede e houve elevação na prevalência de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários que necessitam de encaminhamento. Ao mesmo tempo, houve incremento na proporção de equipes que programam consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e organizam os encaminhamento das gestantes a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade, principalmente no nordeste, centro-oeste, médios e pequenos municípios; assim como ampliação na prevalência de equipes que utilizam PE.

Todavia, os dados também revelaram importantes desafios. Muito embora a maioria das equipes conte com centrais de regulação, as alternativas de tipo de marcação ainda são restritas, dado que apenas  $\frac{1}{4}$  delas conseguem assegurar agendamento para consultas, exames e leitos. A maior parte dos usuários que precisa ser encaminhados para outros pontos de atenção não consegue sair da UBS com as consultas agendadas. Mais da metade das equipes não dispõem de ferramenta de PE para o compartilhamento de dados clínicos, e a grande maioria dos profissionais da AB não possui canais regulares de comunicação com os especialistas para trocarem informações sobre usuários encaminhados.

O processo de transição demográfica e epidemiológica que o Brasil tem vivido ao longo das últimas décadas, no qual se expandem as necessidades de cuidado

continuado, sobretudo das pessoas em condições crônicas, tem exigido um esforço cada vez maior do SUS em superar modos de gestão e de oferta de cuidado segmentados e fragmentados, que privilegiam uma atenção atomizada. Os achados do estudo sugerem terem ocorrido avanços significativos em elementos estruturantes para que a AB possa desempenhar o papel de coordenadora das RAS, com potencial para alterar o modo como usuários se relacionam com os serviços, ampliando a capacidade das equipes em desenvolver ações essenciais para uma boa gestão do cuidado, que dialogue com as necessidades singulares de cada indivíduo, e aumente sua potência resolutiva.

## Referências

1. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, 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(sup. 2): S331-S336.
3. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16(6): 2.753-2.762.
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, 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. The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457-502.

6. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009; 13(special issue): 6-15.
7. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10(65): 1-13.
8. Almeida PF, Santos AM. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Revista de Saúde Pública* 2016; 50(80): 1-12.
9. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1): 244-260.
10. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [acesso em 18 mai 2020]. 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.
12. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impacto of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349(g4014): 1-10.
13. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili 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): 968-977.
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): 2.177-2.181.

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.
16. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1): 18-37.
17. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, Mendonça MHM, Medina MG, Viana ALD, Fausto MCR, Paula DB. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva* 2017; 22(4): 1.141-1.154.
18. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, Machado ATGM, Andrade IG. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2): 1-16.
19. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(12): 4.643-4.652.
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.
21. Aleluia ITS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2017; 22(6): 1.845-1.856.
22. Cruz MJB, Santos AF, Araújo LHL, Andrade EIG. 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.

23. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. 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(spe): 13-33.
24. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. Educ. Saúde* 2017; 15(2): 373-398.
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, Bosi MLM. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2018; 28(4): 1-25.
27. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2012; 21(1): 119-140.
28. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 51(sn): 14-29.
29. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* 2016; 25(2): 320-335.
30. Ireson CL, Slavova S, Steltenkamp CL, Scutchfield FD. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. *BMC Health Services Research* 2009; 9(163): 1-12.
31. Marín HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of health informatics* 2010; 2(1): 20-24.

32. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate* 2013; 37(96): 43-50.
33. Sousa AN, Cielo AC, Gomes IC, Oliveira Júnior JG, Costa MLS. 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. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2019. p. 29-36.
34. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde em Debate*. 2018 Set; (42):especial 1: 289-301.
35. Leão BF. O desafio brasileiro para o uso de padrões em informática em saúde. *Journal of health informatics*. 2017 Abr-Jun; (9)2: I-II.

## 5.5 AVALIAÇÃO DO ACESSO, INTEGRALIDADE, COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL (2012-2018)

Allan Nuno Alves de Sousa

Helena Eri Shimizu

Artur Iuri Alves de Sousa

### Resumo

**Objetivo:** Analisar a evolução de aspectos relacionados ao acesso, integralidade e coordenação do cuidado da atenção básica no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, e os resultados associados fatores de contexto demográfico e socioeconômico, disponibilidade e organização dos serviços na qualidade da atenção básica.

**Métodos:** Estudo de delineamento ecológico e longitudinal com uso de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos, e dados demográficos, socioeconômicos e de disponibilidade de serviços. Visando a análise longitudinal dos mesmos casos, foram selecionadas 15.378 equipes que participaram do 1º e do 3º ciclos do PMAQ, e 59.354 usuários do 1º ciclo e 56.369 usuários do 3º ciclo. Foram realizadas análise descritiva e análise multivariada para estimar os fatores associados à qualidade da atenção básica com a aplicação de modelo de regressão linear.

**Resultados:** Constataram-se avanços na qualidade da atenção básica entre 2012 e 2018, com o aprimoramento dos mecanismos de acesso, a ampliação da abrangência da oferta de serviços e a qualificação dos dispositivos de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde. Para 2018 foram observados melhores resultados na região sul, em menores municípios, equipes cuja renda familiar média dos usuários é mais elevada, em unidades básicas de saúde onde atuam 3 ou mais equipes, e em situações nas quais a área de abrangência das equipes foi definida a partir de critérios de risco e vulnerabilidade e que não possuem população descoberta no entorno de sua área.

**Conclusões:** A atenção básica atravessou um período de fortalecimento e melhora na qualidade para todas as dimensões e contextos analisados durante o período investigado, com o aprimoramento dos mecanismos de acesso, a ampliação da abrangência da oferta de serviços e a qualificação dos dispositivos de coordenação

do cuidado nas RAS, em todos os contextos analisados. Todavia, o contexto regional e porte populacional dos municípios seguem sendo fator explicativo para os limites e possibilidades da implementação de padrões esperados de qualidade da AB.

**Descritores:** Atenção Básica, Acesso aos Serviços de Saúde, Acolhimento, Atenção Integral à Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente, Integração de Sistemas, Qualidade da Assistência à Saúde

## **Introdução**

No contexto de ampliação do acesso à saúde e na materialização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica (AB), progressivamente, vem ocupando posição de maior relevo na organização do sistema e das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>1</sup>, em função da sua possibilidade em ofertar cuidados preventivos e assistenciais oportunos, ajustados às demandas dos usuários e ao contexto demográfico, epidemiológico, social e econômico no qual estão inseridos<sup>2</sup>.

Muito embora possa ser encontrada na literatura alguma variação do conceito de AB, a maior parte dela reconhece um conjunto de princípios e diretrizes que caracterizam a AB: territorialização e responsabilização sanitária, adscrição dos usuários e vínculo, acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, cuidado longitudinal, ordenação da rede de atenção à saúde, gestão e coordenação do cuidado integral em rede e trabalho em equipe multiprofissional<sup>1,3</sup>.

Em todo o país, a disponibilidade e qualidade dos serviços de AB tem se dado de maneira muito heterogênea, a depender de elementos de natureza socioeconômica, da capacidade de alocação de recursos dos municípios, da oferta de mão-de-obra, principalmente médica, da capacidade de articulação das redes de atenção, dentre outras<sup>1,4,5</sup>. A oferta de AB ganhou maior força, a partir da criação da Saúde da Família (SF) na segunda metade dos anos 90 e, desde esse momento, as coberturas populacionais cresceram rapidamente, chegando a 64,2% em 2018<sup>6</sup>.

Nesse período, a AB, além do importante aumento do seu alcance, experimentou relevante acúmulo em sua qualidade, considerando variadas dimensões. Um abrangente número de estudos evidenciam os bons resultados produzidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrando a sua capacidade

de produzir impacto nas condições de saúde da população, ampliando o acesso e a utilização de serviços, principalmente quando se trata de populações com menor renda, impactando nas reduções de mortalidade infantil e adulta, aumentando o acesso a tratamentos, a equidade e a eficiência do SUS<sup>7-9</sup>. Contudo, ao mesmo tempo, a literatura indica importantes desafios que ainda precisam ser enfrentados pela AB para o aumento do acesso à rede básica de saúde<sup>4,10,11</sup>, para a ampliação e qualificação da oferta dos serviços existentes<sup>12,13</sup> e para a efetivação do seu papel coordenador nas RAS<sup>5,14</sup>.

O objetivo do presente estudo é analisar a evolução de aspectos relacionados ao acesso, integralidade e coordenação do cuidado da AB no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, e analisar os efeitos de fatores de contexto demográfico e socioeconômico, disponibilidade e organização dos serviços na qualidade da AB.

## **Métodos**

Estudo de delineamento ecológico e longitudinal com uso de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos, e dados demográficos, socioeconômicos e de disponibilidade de serviços de AB.

A coleta de dados do 1º ciclo do PMAQ ocorreu entre maio e dezembro de 2012 e atingiu 17.482 equipes, correspondendo a cerca de 52% das equipes existentes no período da coleta, em 3.944 municípios (70,8% dos 5.570). Foram entrevistados profissionais de saúde com formação em nível superior de ensino que ocupavam a função de coordenador, ou equivalente. Ao mesmo tempo, foram entrevistados 65.391 usuários (média de 3,7 por equipe) que aguardavam atendimento na UBS, sendo esses usuários selecionados ao acaso. O processo de coleta das informações no 3º ciclo foi similar ao do 1º ciclo, tendo ocorrido entre julho de 2017 e agosto de 2018, atingindo 38.865 equipes (94% das equipes), em 5.324 municípios (95,6% dos 5.570) e, para esse ciclo, foram entrevistados 140.444 usuários (média de 3,6 por equipe). Os instrumentos de coleta foram elaborados por especialistas técnicos da equipe de gestão do programa no Ministério da Saúde (MS) e pesquisadores que integravam a Coordenação Nacional da Avaliação Externa do PMAQ, que contava com representantes de 8 instituições federais de ensino e pesquisa. A coleta dos dados do

1º e 3º ciclos foi conduzida por 41 instituições de ensino e pesquisa, coordenadas pela Coordenação Nacional da Avaliação Externa do PMAQ.

Para a análise realizada neste estudo foi selecionado o subconjunto das mesmas equipes que participaram tanto do 1º quanto do 3º ciclo do programa, de modo a permitir a análise das mudanças entre os dois ciclos analisados. Foram ao todo 15.378 equipes que participaram de ambos os ciclos estudados - 3.780 municípios (67,9%). Foram selecionados 59.354 usuários que responderam aos instrumentos referindo-se às equipes selecionadas no 1º ciclo e 56.369 usuários no 3º ciclo.

Numa primeira etapa deste estudo foi realizada análise descritiva de variáveis que, de acordo com a literatura, estão associadas a qualidade da AB<sup>1,3,5</sup>, e que guardassem correspondência e compatibilidade de conteúdo entre os dois ciclos, dado que os instrumentos de coleta de dados utilizados não eram 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. Foram selecionadas 39 variáveis agrupadas em três dimensões, 16 para a dimensão *acesso e acolhimento à demanda espontânea*, nove para a dimensão *integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços* e 14 para a dimensão *coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS* (tabela 1).

Numa segunda etapa do estudo, foi realizada análise multivariada para estimar os fatores associados à qualidade da AB com a aplicação de modelo de regressão linear. A variável dependente foi construída a partir da aglutinação dos resultados encontrados para as 39 variáveis selecionadas, que passaram a constituir o Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB). O desenvolvimento de índices facilita a expressão sintetizada de uma dada situação observada empiricamente, na medida em que eles procuram traduzir numericamente determinados aspectos da realidade em relação a parâmetros teóricos e conceitualmente orientados<sup>15</sup>.

Todas as variáveis foram dicotomizadas e para cada uma delas foi atribuído peso determinado a partir de um fator de relevância estabelecido a partir da consulta com 20 especialistas na temática, distribuídos igualmente entre pesquisadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa, gestores (federais, estaduais e

municipais) e profissionais que atuam em UBS, que foram convidados a atribuir valor de 1 a 3 (fator de relevância) para cada variável (1 menor e 3 maior relevância relativa). Foi obtido o retorno de 13 especialistas e o fator de relevância de cada variável foi estipulado a partir da mediana das indicações apontadas (tabela 1).

Para a formulação do IQGAB optou-se por um índice com variação entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior a qualidade geral dos serviços de AB avaliados. As 3 dimensões receberam pesos equivalentes (0,333), e para cada variável no interior das dimensões foram atribuídos pesos relativos ao fator de relevância atribuído a elas, expresso pela seguinte equação:

$$IQGAB = \sum_{i=1}^{39} PF_i \times Pr_i$$

, onde PF é a ponderação final da variável  $i$  e Pr é o parâmetro da variável  $i$ , que quando atendido recebeu valor igual a 1 e quando não atendido recebeu valor igual a 0.

$$PF_j = \frac{FR_k}{\sum_{k=1}^m FR_k} \times \frac{1}{3}$$

, onde FR é o fator de relevância atribuído a cada variável,  $j$  representa a dimensão (acesso; integralidade; e coordenação do cuidado) e  $k$  varia de 1 até o total de variáveis de cada dimensão.

**Tabela 1.** Variáveis selecionadas para a composição do Índice de Qualidade Geral da Atenção Básica (IQGAB) e peso relativo para cada variável.

| Dimensão                                  | Variável  | Fator de Relevância | Peso Atribuído |
|---|---|---------------------|----------------|
| Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea | Porta de entrada adaptada para cadeira de rodas                     | 3                   | 0,02174        |
|   | Corredores adaptados para cadeira de rodas                          | 3                   | 0,02174        |
|   | Portas internas adaptadas para cadeira de rodas                     | 3                   | 0,02174        |
|   | Acolhimento à demanda espontânea implantado                         | 3                   | 0,02174        |
|   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana | 3                   | 0,02174        |

|  |  |   |         |
|--|--|---|---------|
|  | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia   | 3 | 0,02174 |
|  | Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea/urgência  | 2 | 0,01449 |
|  | Realiza atendimento de urgência e emergência   | 3 | 0,02174 |
|  | Funciona 5 ou mais dias da semana  | 3 | 0,02174 |
|  | Funciona ao menos 2 turnos por dia   | 3 | 0,02174 |
|  | Funciona no horário do almoço (12h às 14h)   | 2 | 0,01449 |
|  | Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia  | 3 | 0,02174 |
|  | Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica                            | 3 | 0,02174 |
|  | Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames                           | 3 | 0,02174 |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com hipertensão (até 7 dias)                            | 3 | 0,02174 |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com diabetes (até 7 dias)                               | 3 | 0,02174 |
| Integralidade do Cuidado e Abrangência da Oferta de Serviços                                     | Oferta ações programadas para grupos populacionais prioritários <sup>a</sup>                                     | 3 | 0,04348 |
|  | Desenvolve ações de promoção e prevenção <sup>b</sup>  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza coleta de material para exames laboratoriais <sup>c</sup>  | 2 | 0,02899 |
|  | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias <sup>d</sup>  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal <sup>e</sup>  | 3 | 0,04348 |
|  | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade   | 3 | 0,04348 |
|  | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)                                      | 2 | 0,02899 |
|  | Oferece práticas integrativas e complementares   | 2 | 0,02899 |
|  | Realiza atividades nas escolas   | 2 | 0,02899 |
| Coordenação do Cuidado e Integração dos Serviços de Atenção Básica com a Rede de Atenção à Saúde | Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos          | 3 | 0,02564 |
|  | Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção                               | 3 | 0,02564 |
|  | Centrais de marcação disponíveis <sup>f</sup>  | 3 | 0,02564 |
|  | Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada | 3 | 0,02564 |
|  | Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus <sup>g</sup>                 | 3 | 0,02564 |

|   |   |         |
|---|---|---------|
| Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal <sup>h</sup>  | 3 | 0,02564 |
| Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde <sup>i</sup>                                       | 3 | 0,02564 |
| Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade                                  | 3 | 0,02564 |
| Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado | 3 | 0,02564 |
| Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas   | 2 | 0,01709 |
| Utiliza prontuário eletrônico   | 3 | 0,02564 |
| Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado   | 3 | 0,02564 |
| Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados <sup>j</sup>        | 2 | 0,01709 |
| Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados <sup>j</sup>        | 2 | 0,01709 |

<sup>a</sup> Mulheres, mulheres gestantes, crianças, usuários com hipertensão arterial sistêmica e usuários com diabetes mellitus.

<sup>b</sup> Para o 1º ciclo foram selecionadas as cinco variáveis que apresentaram melhores resultados: (1) prevenção e tratamento de diabetes mellitus (89,4%), (2) prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (89,3%), (3) gestantes e puérperas (87,3%), (4) Mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (82,1%) e planejamento familiar (78,5%).

<sup>c</sup> Incluindo coleta de exame citopatológico.

<sup>d</sup> Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis intramusculares, medicações injetáveis endovenosas e aplicação de penicilina G benzatina.

<sup>e</sup> Aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia.

<sup>f</sup> Marcação de consultas especializadas, exames e leitos.

<sup>g</sup> Creatinina, perfil lipídico, eletrocardiograma e hemoglobina glicosilada.

<sup>h</sup> Glicemia de jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para HIV, sorologia para hepatite B, urocultura ou sumário de urina (tipo 1).

<sup>i</sup> 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).

<sup>j</sup> Foram consideradas as respostas *sempre*.

Como variáveis explicativas foram incorporadas ao modelo elementos temporais, características de contexto, e de disponibilidade e organização da AB nos municípios. O ano da avaliação externa do PMAQ foi incluído como fator de mensuração da variação observada na qualidade geral das equipes no intervalo pesquisado. Os efeitos de contexto demográfico e socioeconômico foram medidos por meio da população municipal estimada para 2012 e 2018, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), região, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) 2010 e renda familiar média dos usuários. Por seu turno, as variáveis independentes relacionadas ao acesso e organização da AB foram a cobertura municipal pela ESF, o número de equipes que atuam na UBS, o número de pessoas cadastradas por equipe, a utilização de critérios de risco e vulnerabilidade na definição

da área de abrangência das equipes e a existência de população descoberta no entorno do território da área de abrangência das equipes, que acessam seus serviços.

Para a análise de regressão, inicialmente, realizou-se a análise de regressão simples, com propósito de identificar associações entre o IQGAB e as variáveis independentes selecionadas. Essa etapa considerou o nível de significância com valor de  $p < 0,20$  para considerar que a variável era elegível para a análise de regressão múltipla. Correlações entre as variáveis independentes foi analisada por meio das estimativas de correlações de Pearson e Spearman. A especificação do modelo de regressão final considerou como significativas estatisticamente as variáveis com valor de  $p < 0,05$ .

Os dados foram organizados e tratados em base do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) da International Business Machines (IBM®)*, versão *statistics subscription trial (2019)*. O estudo empregou dados secundários de domínio público disponibilizados pelo MS, sem a identificação dos respondentes, portanto, sem a necessidade de parecer emitido por comissão de ética.

## Resultados

Para quase a totalidade das variáveis que compõem o IQGAB houve variação positiva entre 2012 e 2018. A dimensão do índice que apresentou maiores oscilações positivas foi *acesso e acolhimento à demanda espontânea*, com destaque para aspectos relacionados a organização da agenda, acolhimento e estrutura física das UBS. Houve aumento expressivo no número de equipes que ampliou os períodos para a realização de acolhimento à demanda espontânea ( $\approx 20$  p.p.) e passaram a ofertar atendimento de urgência e emergência (20,0 p.p.) com a utilização de protocolos orientadores das práticas dos profissionais de saúde (42,3 p.p.). Nessa dimensão, apenas a variável que se refere ao funcionamento no horário de almoço apresentou flutuação negativa (-2,5 p.p.) (tabela 2).

Para a dimensão *integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços*, também foi constatada importante melhoria em vários de seus aspectos, principalmente na prevalência de equipes que desenvolvem ações de promoção e prevenção (28,1 p.p.), na realização de procedimentos e pequenas cirurgias (26,2 p.p.) e na oferta de ações programadas para grupos populacionais prioritários (22,6

p.p.). A realização de procedimentos básicos de saúde bucal manteve-se praticamente inalterada, com discreta variação positiva de 1,4 p.p. (tabela 2).

Por sua vez, na dimensão *coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS*, foram observados avanços em elementos associados ao ordenamento de fluxos assistenciais e a gestão do cuidado, como a existência de referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na RAS (44,8 p.p.), a coordenação e acompanhamento da fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas (32,5 p.p.) e a organização dos encaminhamentos de gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (26,8 p.p.); e na continuidade informacional, como a existência de fluxo de comunicação entre a AB e outros pontos da rede institucionalizado (39,6 p.p.) e a utilização de prontuário eletrônico (28,7 p.p.) (tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição de frequência das variáveis que compõem o IQGAB para 2012 e 2018, e variação no período.

| Dimensão                                  | Variável  | 2012 (%) | 2018 (%) | Varição (p.p.) |
|---|---|----------|----------|----------------|
| Acesso e Acolhimento à Demanda Espontânea | Porta de entrada adaptada para cadeira de rodas                                       | 48,4     | 80,9     | 32,5           |
|   | Corredores adaptados para cadeira de rodas  | 35,0     | 68,5     | 33,5           |
|   | Portas internas adaptadas para cadeira de rodas                                       | 34,8     | 67,3     | 32,5           |
|   | Acolhimento à demanda espontânea implantado   | 79,9     | 96,4     | 16,5           |
|   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 5 dias por semana                   | 70,3     | 90,1     | 19,8           |
|   | Realiza acolhimento à demanda espontânea ao menos 2 turnos por dia                    | 68,7     | 93,7     | 25,0           |
|   | Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea/urgência                       | 38,0     | 80,3     | 42,3           |
|   | Realiza atendimento de urgência e emergência  | 73,0     | 93,0     | 20,0           |
|   | Funciona 5 ou mais dias da semana   | 95,1     | 97,5     | 2,4            |
|   | Funciona ao menos 2 turnos por dia  | 90,3     | 96,7     | 6,4            |
|   | Funciona no horário do almoço (12h às 14h)  | 53,0     | 50,5     | -2,5           |
|   | Realiza agendamento quando não precisa atendimento no mesmo dia                       | 83,5     | 91,4     | 7,9            |
|   | Realiza renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem consulta médica | 62,3     | 90,7     | 28,4           |

|  |   |      |      |      |
|--|---|------|------|------|
|  | Existe espaço na agenda para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames  | 48,6 | 95,4 | 46,8 |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com hipertensão (até 7 dias)   | 82,5 | 86,9 | 4,4  |
|  | Tempo médio de espera para primeira consulta de usuários com diabetes (até 7 dias)  | 82,9 | 87,5 | 4,6  |
| Integralidade do Cuidado e Abrangência da Oferta de Serviços                                     | Oferta ações programadas para grupos populacionais prioritários   | 70,7 | 93,3 | 22,6 |
|  | Desenvolve ações de promoção e prevenção  | 68,1 | 96,2 | 28,1 |
|  | Realiza coleta de material para exames laboratoriais  | 50,5 | 62,6 | 12,1 |
|  | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias  | 12,9 | 39,1 | 26,2 |
|  | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal  | 49,5 | 50,9 | 1,4  |
|  | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade  | 92,9 | 96,0 | 3,1  |
|  | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)   | 56,5 | 75,2 | 18,7 |
|  | Oferece práticas integrativas e complementares  | 13,3 | 34,3 | 21,0 |
|  | Realiza atividades nas escolas  | 75,5 | 85,4 | 9,9  |
| Coordenação do Cuidado e Integração dos Serviços de Atenção Básica com a Rede de Atenção à Saúde | Recebe apoio de outros profissionais da rede para auxiliar na resolução de casos considerados complexos                                     | 88,8 | 95,7 | 6,9  |
|  | Central de regulação disponível para encaminhamentos para outros pontos de atenção  | 90,7 | 93,6 | 2,9  |
|  | Centrais de marcação disponíveis  | 25,6 | 39,4 | 13,8 |
|  | Em caso de necessidade de encaminhamento para consulta especializada, o usuário sai da UBS com consulta agendada                            | 26,0 | 43,8 | 17,8 |
|  | Acesso a exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus   | 82,7 | 91,4 | 8,7  |
|  | Acesso a exames para gestantes em acompanhamento de pré-natal   | 94,1 | 94,7 | 0,6  |
|  | Referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários na rede de atenção à saúde  | 38,6 | 83,4 | 44,8 |
|  | Organiza os encaminhamentos das gestantes com base na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade                                  | 67,6 | 94,4 | 26,8 |
|  | Programa consultas e exames de pessoas com hipertensão e/ou diabetes em função de estratificação dos casos e elementos da gestão do cuidado | 72,9 | 89,3 | 16,4 |
|  | Coordena e acompanha a fila de espera de pessoas com hipertensão e/ou diabetes encaminhadas   | 45,9 | 78,4 | 32,5 |
|  | Utiliza prontuário eletrônico   | 14,3 | 43,0 | 28,7 |
| Existe fluxo de comunicação entre a atenção básica e outros pontos da rede institucionalizado    | 49,5  | 89,1 | 39,6 |      |

|   |      |      |      |
|---|------|------|------|
| Profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre usuários encaminhados | 14,6 | 34,7 | 20,1 |
| Especialistas entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre usuários encaminhados | 6,6  | 18,2 | 11,6 |

O IQGAB apresentou aumento entre os anos analisados, passando de 0,58 em 2012 para 0,79 em 2018, com melhores resultados em alguns estratos sócio-demográficos segundo o ano da análise. No ano de 2012, melhores resultados foram observados no sudeste e sul (0,62 e 0,60), em municípios com mais de 100 mil habitantes (0,63), IDHM superior a 0,700 (0,62), renda familiar superior a R\$ 1.565,00 (0,63), municípios com cobertura da SF inferior a 50% (0,63), com mais de três equipes na UBS (0,67), com a utilização de critérios de risco e vulnerabilidade para definição da área de abrangência das equipes (0,62) e a não existência de população descoberta no entorno do território das equipes (0,59) (tabela 3).

No ano de 2018, observa-se maior equilíbrio entre os resultados do IQGAB dos diferentes estratos sócio-demográficos analisados. No entanto, alguns estratos apresentaram melhores resultados, sendo: equipes do sul (0,81), equipes em municípios com até 10.000 habitantes (0,80), renda familiar superior a R\$ 1.565,00 (0,80), municípios com cobertura da SF superior a 70% (0,79), com mais de três equipes na UBS (0,81), utilização de critérios de risco e vulnerabilidade (0,80) e a não existência de população descoberta (0,80). Em 2018, as diferentes faixas do IDHM e o número de pessoas por equipe apresentaram o mesmo resultado do IQGAB (0,79) (tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e do IQGAB, 2012 e 2018.

| Características   | 2012   |       |       |               | 2018   |       |       |               |
|---|--------|-------|-------|---------------|--------|-------|-------|---------------|
|   | n      | %     | IQGAB |               | n      | %     | IQGAB |               |
|   |        |       | Média | Desvio-Padrão |        |       | Média | Desvio-Padrão |
| <b>Total de Equipes</b>                                   | 14.924 | 50,0  | 0,58  | 0,13          | 14.924 | 50,0  | 0,79  | 0,09          |
| <b>Região</b>   |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Norte   | 859    | 5,8   | 0,52  | 0,13          | 859    | 5,8   | 0,74  | 0,10          |
| Nordeste  | 4.946  | 33,1  | 0,55  | 0,12          | 4.946  | 33,1  | 0,79  | 0,09          |
| Sudeste   | 5.513  | 36,9  | 0,62  | 0,13          | 5.513  | 36,9  | 0,79  | 0,09          |
| Sul   | 2.559  | 17,1  | 0,60  | 0,14          | 2.559  | 17,1  | 0,81  | 0,09          |
| Centro-Oeste  | 1.047  | 7,0   | 0,56  | 0,14          | 1.047  | 7,0   | 0,78  | 0,10          |
| <b>Porte Populacional</b>                                 |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Até 10.000  | 2.299  | 15,4  | 0,56  | 0,14          | 2.239  | 15,0  | 0,80  | 0,09          |
| 10.001 a 20.000   | 2.541  | 17,0  | 0,53  | 0,13          | 2.469  | 16,5  | 0,78  | 0,09          |
| 20.001 a 50.000   | 3.357  | 22,5  | 0,56  | 0,13          | 3.377  | 22,6  | 0,79  | 0,09          |
| 50.001 a 100.000  | 1.646  | 11,0  | 0,57  | 0,12          | 1.656  | 11,1  | 0,78  | 0,09          |
| Mais de 100.000   | 5.081  | 34,0  | 0,63  | 0,13          | 5.183  | 34,7  | 0,79  | 0,09          |
| <b>IDHM</b>   |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Menor que 0,600   | 2.347  | 15,7  | 0,53  | 0,13          | 2.347  | 15,7  | 0,79  | 0,09          |
| 0,600 a 0,699   | 4.719  | 31,6  | 0,56  | 0,13          | 4.719  | 31,6  | 0,79  | 0,10          |
| 0,700 ou mais   | 7.858  | 52,7  | 0,62  | 0,13          | 7.858  | 52,7  | 0,79  | 0,09          |
| <b>Renda Familiar Média<sup>a</sup></b>                   |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Menor que R\$ 877,00                                      | 4.564  | 31,2  | 0,55  | 0,13          | 2.561  | 17,5  | 0,78  | 0,09          |
| R\$ 877,01 a R\$ 1.133,75                                 | 4.243  | 29,0  | 0,57  | 0,13          | 3.260  | 22,3  | 0,78  | 0,09          |
| R\$ 1.133,76 a R\$ 1.565,00                               | 3.527  | 24,1  | 0,61  | 0,13          | 3.787  | 25,9  | 0,79  | 0,09          |
| R\$ 1.565,01 ou mais                                      | 2.288  | 15,6  | 0,63  | 0,13          | 5.025  | 34,3  | 0,80  | 0,09          |
| <b>Cobertura SF</b>                                       |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Menor que 50,0%   | 3.167  | 21,2  | 0,63  | 0,14          | 1.974  | 13,2  | 0,78  | 0,09          |
| 50,0% a 69,9%   | 2.237  | 15,0  | 0,58  | 0,12          | 2.326  | 15,6  | 0,78  | 0,10          |
| 70,0% ou mais   | 9.520  | 63,8  | 0,57  | 0,13          | 10.624 | 71,2  | 0,79  | 0,09          |
| <b>Número de equipes na UBS</b>                           |        |       |       |               |        |       |       |               |
| 1   | 10.918 | 73,2  | 0,56  | 0,13          | 10.933 | 73,3  | 0,78  | 0,09          |
| 2   | 1.918  | 12,9  | 0,61  | 0,14          | 2.128  | 14,3  | 0,79  | 0,09          |
| 3 ou mais   | 2.088  | 14,0  | 0,67  | 0,12          | 1.863  | 12,5  | 0,81  | 0,08          |
| <b>Número de pessoas por equipe</b>                       |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Até 2.000   | 2.947  | 19,75 | 0,58  | 0,13          | 3.051  | 20,44 | 0,79  | 0,09          |
| 2.001 a 3.450   | 6.333  | 42,44 | 0,59  | 0,13          | 6.295  | 42,18 | 0,79  | 0,09          |
| 3451 a 4.000  | 2.714  | 18,19 | 0,58  | 0,13          | 2.635  | 17,66 | 0,79  | 0,09          |
| Mais de 4.000   | 2.930  | 19,63 | 0,58  | 0,13          | 2.943  | 19,72 | 0,79  | 0,09          |
| <b>Utilização de critérios de risco e vulnerabilidade</b> |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Sim   | 8.054  | 53,97 | 0,62  | 0,13          | 11.143 | 74,66 | 0,80  | 0,08          |
| Não   | 6.870  | 46,03 | 0,54  | 0,13          | 3.781  | 25,34 | 0,75  | 0,10          |
| <b>Existência de população descoberta</b>                 |        |       |       |               |        |       |       |               |
| Sim   | 4.627  | 31,00 | 0,57  | 0,13          | 3.969  | 26,59 | 0,76  | 0,09          |
| Não   | 10.297 | 69,00 | 0,59  | 0,14          | 10.955 | 73,41 | 0,80  | 0,09          |

<sup>a</sup> Distribuição por quartis.<sup>b</sup> Para a aplicação do modelo foram consideradas apenas 14.924 equipes que obtiveram resultados válidos para todas as variáveis que integram o IQGAB.

Na análise da regressão múltipla, observou-se que as equipes do nordeste, sudeste, sul e centro-oeste tiveram resultados melhores do IQGAB quando comparado com as equipes do norte ( $p < 0,001$ ). Observou-se que municípios com 10.001 a 20.000 habitantes e os com 50.001 a 100.000 habitantes receberam piores notas quando comparados com os de até 10.000 habitantes ( $p < 0,001$  e  $p = 0,009$ , respectivamente). Pode-se observar a existência de associação entre o IQGAB e o IDH, apresentando  $\beta = 0,23$  ( $p < 0,001$ ). Tomando como referência as equipes cujos usuários possuem renda média familiar inferior a R\$ 877,00, pode-se observar que as equipes que atendem usuários com maiores rendas obtiveram desempenho superior ( $p < 0,001$ ) (tabela 4).

Na análise da cobertura da SF não foi identificada diferença no resultado do IQGAB entre os municípios que apresentam cobertura menor que 50,0% e cobertura com 70,0% ou mais ( $p = 0,058$ ). No entanto, os municípios com cobertura da SF de 50,0% a 69,9% tiveram resultado do IQGAB inferior quando comparado com os de cobertura menor que 50,0% ( $p < 0,001$ ). O número de equipes na UBS apresentou associação positiva com o resultado do IQGAB ( $p = 0,032$ ), quanto maior o número de equipes, melhor o resultado do índice. No que se refere a utilização de critérios de risco e vulnerabilidade para dimensionamento da área de abrangência das equipes, foram encontrados melhores resultados para as localidades que os adotam, quando comparado com os que não fazem ( $p < 0,001$ ). Já a existência de população descoberta no entorno das equipes mostrou ter associação negativa com o resultado do IQGAB ( $p < 0,001$ ). Na análise segundo o ano da avaliação das equipes, foi observado associação positiva com o resultado do IQGAB ( $\beta = 0,19$ , p-valor  $< 0,001$ ).

**Tabela 4.** Associação entre o IQGAB e variáveis sócio-demográficas selecionadas, 2012 e 2018.

| Variáveis Independentes                                   | Regressão Simples |                 |                 | Regressão Múltipla <sup>a</sup> |         |                 |                 |         |
|---|-------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------|---------|-----------------|-----------------|---------|
|   | $\beta$           | IC 95%          |                 | p-valor                         | $\beta$ | IC 95%          |                 | p-valor |
|   |                   | LI <sup>b</sup> | LS <sup>c</sup> |                                 |         | LI <sup>b</sup> | LS <sup>c</sup> |         |
| <b>Região</b>   |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Norte (referência)  |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Nordeste  | 0,04              | 0,03            | 0,05            | < 0,001                         | 0,04    | 0,03            | 0,05            | < 0,001 |
| Sudeste   | 0,07              | 0,07            | 0,08            | < 0,001                         | 0,04    | 0,03            | 0,04            | < 0,001 |
| Sul   | 0,08              | 0,07            | 0,08            | < 0,001                         | 0,04    | 0,03            | 0,05            | < 0,001 |
| Centro-Oeste  | 0,04              | 0,03            | 0,05            | < 0,001                         | 0,03    | 0,01            | 0,03            | < 0,001 |
| <b>Porte Populacional</b>                                 |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Até 10.000 (referência)                                   |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| 10.001 a 20.000   | -0,03             | -0,03           | -0,02           | < 0,001                         | -0,02   | -0,03           | -0,02           | < 0,001 |
| 20.001 a 50.000   | 0,00              | -0,01           | 0,00            | 0,145                           | 0,00    | -0,01           | 0,00            | 0,255   |
| 50.001 a 100.000  | 0,00              | -0,01           | 0,00            | 0,335                           | -0,01   | -0,01           | 0,00            | 0,009   |
| Mais de 100.000   | 0,03              | 0,02            | 0,03            | < 0,001                         | 0,00    | 0,00            | 0,01            | 0,174   |
| <b>IDHM</b>   | 0,31              | 0,28            | 0,33            | < 0,001                         | 0,23    | 0,20            | 0,26            | < 0,001 |
| <b>Renda Familiar Média<sup>d</sup></b>                   |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Menor que R\$ 877,00 (ref.)                               |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| R\$ 877,01 a R\$ 1.133,75                                 | 0,03              | 0,02            | 0,03            | < 0,001                         | 0,01    | 0,20            | 0,26            | < 0,001 |
| R\$ 1.133,76 a R\$ 1.565,00                               | 0,07              | 0,06            | 0,07            | < 0,001                         | 0,02    | 0,20            | 0,26            | < 0,001 |
| R\$ 1.565,01 ou mais                                      | 0,11              | 0,11            | 0,11            | < 0,001                         | 0,02    | 0,20            | 0,26            | < 0,001 |
| <b>Cobertura SF</b>                                       |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Menor que 50,0% (ref.)                                    |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| 50,0% a 69,9%   | -0,01             | -0,02           | -0,01           | < 0,001                         | -0,03   | -0,03           | -0,02           | < 0,001 |
| 70,0% ou mais   | 0,00              | -0,01           | 0,00            | 0,039                           | 0,00    | -0,01           | 0,00            | 0,058   |
| <b>Número de equipes na UBS</b>                           | 0,02              | 0,02            | 0,02            | < 0,001                         | 0,00    | 0,00            | 0,00            | 0,032   |
| <b>Utilização de critérios de risco e vulnerabilidade</b> |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Não (referência)  |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Sim   | 0,11              | 0,11            | 0,11            | < 0,001                         | 0,06    | 0,06            | 0,07            | < 0,001 |
| <b>Existência de população descoberta</b>                 |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Não (referência)  |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| Sim   | -0,04             | -0,04           | -0,03           | < 0,001                         | -0,02   | -0,02           | -0,02           | < 0,001 |
| <b>Ano</b>  |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| 2012 (referência)   |                   |                 |                 |                                 |         |                 |                 |         |
| 2018  | 0,21              | 0,20            | 0,21            | < 0,001                         | 0,19    | 0,19            | 0,19            | < 0,001 |

<sup>a</sup> Resultado da regressão múltipla ( $R^2$  ajustado = 53,1) com os seus respectivos intervalos com 95% de confiança – IC95%.

<sup>b</sup> LI: Limite inferior do intervalo de confiança – IC95%.

<sup>c</sup> LS: Limite superior do intervalo de confiança – IC95%.

<sup>d</sup> Distribuição por quartis.

## Discussão

De modo geral, os resultados sugerem que, entre 2012 e 2018, ocorreu relevante melhoria no acesso e no funcionamento dos serviços de AB no país. Para

todas as dimensões encontrou-se incremento na proporção de equipes que atendem parâmetros como indicativos de qualidade da AB.

Houve aumento do número de equipes que empreenderam esforços para implantar e/ou qualificar dispositivos de acolhimento nas UBS, sobretudo por meio da organização da agenda, oferta de atendimento de urgência e emergência, com a utilização de protocolos orientadores das práticas dos profissionais de saúde, em consonância com o que foi encontrado em outros estudos<sup>5</sup>. Como indica a literatura, a qualidade do acesso está relacionada à capacidade dos serviços de saúde em assegurarem adequadamente o acolhimento à demanda espontânea, reduzindo filas, tempos de espera e melhorando a resolutividade, bem como favorecendo o reconhecimento de indivíduos mais vulneráveis e mais expostos a fatores de risco<sup>16</sup>. Os resultados indicam também que, embora tenha havido avanço na maneira como usuários acessam consultas e estabelecem contato com os profissionais, persiste um considerável número de casos em que usuários enfrentam obstáculos organizacionais para acessarem os serviços, fenômeno também constatado por outros estudos<sup>10,11</sup>. O estabelecimento de rotinas mais flexíveis e ajustadas às condições e demandas da população podem representar importante elemento para a modificação do modo no qual usuários acessam e utilizam os serviços de AB, ampliando o seu vínculo e o reconhecimento da UBS como fonte preferencial e de uso regular no sistema de saúde<sup>11</sup>.

Como recomenda a literatura, é fundamental que a AB se organize e esteja preparada para garantir um conjunto amplo e abrangente de cuidados, sobretudo para grupos mais vulneráveis e que demandam cuidado mais recorrente<sup>1,5,17-19</sup>, envolvendo não apenas práticas terapêuticas individuais, mas também práticas coletivas que se entrepõem ao processo saúde-doença, com o intuito de proporcionar condições desejáveis de bem-estar e saúde a população<sup>18</sup>. Nesse aspecto, pode-se notar relevante progresso na disponibilidade e amplitude na oferta de cuidados na AB. A prevalência de equipes que asseguram ações voltadas a grupos prioritários atingiu patamares elevados, ocorrendo o mesmo a respeito de ações de promoção e prevenção, que desde a origem da ESF têm recebido ênfase na atuação das equipes<sup>1,3</sup>. Constatou-se também elevação na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um rol mais abrangente de exames e procedimentos, contudo, mantendo padrões considerados baixos, como já havia sido detectado por

pesquisas anteriores que indicam a persistência de obstáculos para a ampliação do escopo de práticas dos profissionais nas UBS<sup>13</sup>.

Quando se trata da capacidade da AB exercer a função coordenadora do cuidado nas RAS, os resultados também demonstram importante evolução no período analisado. Houve aumento na proporção de equipes que contam com o apoio de outros profissionais da rede, aumentando as chances de qualificação e evitação de encaminhamentos desnecessários para outros serviços. Constatou-se incremento na prevalência de equipes que acessam centrais de marcação e que conseguem agendar exames e consultas na rede, confirmando achados de estudos anteriores, que indicam a importância desses dispositivos para uma orientação mais equitativa de preenchimento de vagas, com a gestão e priorização do acesso, informadas pela AB<sup>5,14</sup>. No que concerne à existência de instrumentos norteadores de fluxos para o atendimento dos usuários na rede, foram encontrados avanços importantes, mas que merecem investigações mais aprofundadas a respeito do seu funcionamento, dado que, como sinaliza a literatura, em algumas realidades os fluxos se restringem a protocolos convencionais de referência e contra referência, utilizados burocraticamente, sem favorecer o papel coordenador da AB<sup>14</sup>. Por seu turno, os resultados associados à continuidade informacional revelam incremento na prevalência de equipes que utilizam sistema de prontuário eletrônico, que configura importante dispositivo de facilitação do acesso a informações clínicas mais relevantes do histórico dos usuários, contribuindo, sobremaneira, com a gestão do cuidado<sup>20</sup>.

A qualidade da AB, medida por meio do IQGAB, experimentou um período de considerável melhoria em todas as suas dimensões, sendo que quanto melhores as condições socioeconômicas dos municípios onde atuam as equipes, medidas pelo IDHM, e maiores as rendas médias das famílias dos usuários entrevistados, melhores os resultados alcançados. Essa constatação empírica reforça algo consolidado na literatura, qual seja, o grau de desenvolvimento socioeconômico do contexto de atuação da AB está intimamente associado à sua qualidade. Elementos de natureza socioeconômica, sobretudo em contextos de pobreza, influenciam na dinâmica do estado de saúde dos indivíduos e impactam diretamente na capacidade dos serviços se organizarem para apresentarem respostas ajustadas a demandas mais complexas de cuidado<sup>21,22</sup>.

Uma das formas de mitigação desse impacto é a adoção de critérios de risco e vulnerabilidade na determinação do número de usuários sob a responsabilidade de

cada equipe, limitando a quantidade de usuários a parâmetros adequados de capacidade de atendimento dos serviços. Nesse quesito o modelo sugere a existência de poder explicativo do emprego de avaliação demográfica, socioeconômica e epidemiológica, para a determinação da área de abrangência das equipes na qualidade da AB. Não foi encontrada significância estatística para o número de usuários cadastrados, o que reforça a ideia de que, mais do que fixar limites no número máximo de usuários por equipe, é preciso defini-los considerando risco e vulnerabilidade. Outro aspecto que parece produzir efeito na qualidade da AB é a existência de vazios assistenciais e a pressão de demanda que usuários de áreas não assistidas podem gerar sobre as equipes. Como já havia sido detectado por outros estudos<sup>23</sup>, foi encontrada relação negativa entre a presença de população descoberta no entorno do território de abrangência da equipe e seu desempenho. Em muitas situações, equipes são sobrecarregadas por excesso de demanda, restringindo sua capacidade de planejamento, acolhimento, organização da agenda e desenvolvimento de ações essenciais.

O modelo também sugere haver, assim como pesquisas anteriores demonstraram<sup>24</sup>, associação positiva entre a qualidade da AB e o número de equipes que atuam nas UBS. Profissionais com maior possibilidade de interação, com intercâmbio de experiências e compartilhamento de casos e situações vivenciadas, podem encontrar um cenário mais propício para implementar práticas que favorecem uma melhor qualidade do serviço<sup>24</sup>.

O contexto regional e porte populacional dos municípios seguem sendo fator explicativo para os limites e possibilidades da implementação de padrões esperados de qualidade da AB. Equipes situadas nas regiões mais desenvolvidas e maiores municipalidades tendem a obter melhores resultados para o IQGAB. A pobreza, a dispersão territorial da população, as dificuldades de atração e fixação de profissionais de saúde e a baixa capacidade institucional das gestões nesses contextos impõem severos entraves para a qualificação da AB, sobretudo na região norte do país, que foi aquela que, de maneira geral, apresentou os resultados mais baixos para o índice, corroborando achados já amplamente documentados pela literatura<sup>25</sup>. Essas constatações reafirmam a necessidade de maiores investimentos e adaptações nas políticas que normatizam a AB e orientam a destinação de recursos federais, na perspectiva de atender especificidades de contextos mais vulneráveis.

Como já havia sido detectado por estudos prévios<sup>26</sup>, não foi encontrada associação positiva entre a cobertura da ESF e o desempenho das equipes. Em razão do processo histórico de implementação da SF, as coberturas geralmente são superiores em municípios mais pobres e de menor porte, fatores que apresentaram maior força explicativa no modelo.

Desde 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi objeto de importantes inovações institucionais que parecem ter contribuído para o aperfeiçoamento geral da AB. A variação do IQGAB entre 2012 e 2018 sugere que os esforços empreendidos pelo SUS para a melhoria da qualidade da AB produziram significativos efeitos. Entre eles merece destaque, pela sua magnitude e abrangência, o PMAQ que introduziu na realidade brasileira mecanismos regulares de monitoramento, avaliação e transferências de recursos condicionados ao desempenho<sup>27</sup> que, como vêm constatando variados estudos, possuem força indutora de processos de qualificação da AB<sup>27,28</sup>. Desde sua instituição, o programa passou a demarcar um conjunto de elementos estruturantes que deveriam ser tratados como prioritários na conformação de uma AB mais acessível e resolutiva<sup>20</sup>, e, de acordo com a literatura, tem contribuído com maior intensidade na reorientação de processos de trabalho, alterando a estrutura de preferências e o comportamento dos sujeitos, tendo como um de seus mais importantes elementos mobilizadores o pagamento por desempenho<sup>27,28</sup>. Cumpre lembrar que, conjuntamente ao PMAQ, outras iniciativas muito relevantes também foram introduzidas nesse período e que, como indicam pesquisas recentes, têm contribuído para a melhoria da qualidade da AB no país, como o Programa Mais Médicos<sup>29</sup> e o Programa de Requalificação de UBS<sup>30</sup>.

Por fim, é importante destacar que, apesar de que a maior parte das equipes de SF existentes no país tenham participado do PMAQ, por se tratar de um programa por adesão, a amostra das equipes integrantes do estudo não é absolutamente aleatória, podendo haver algum viés de positividade na análise transversal dos dados, se considerarmos que a adesão tendeu a ser maior entre as equipes que já apresentavam melhores resultados em 2012.

Pode-se concluir que a AB no Brasil atravessou um período de fortalecimento e melhora na qualidade em todas as dimensões analisadas, com o aprimoramento dos mecanismos de acesso, a ampliação da abrangência da oferta de serviços e a qualificação dos dispositivos de coordenação do cuidado nas RAS, em todos os contextos analisados. Todavia, o contexto regional e porte populacional dos

municípios seguem sendo fator explicativo para os limites e possibilidades da implementação de padrões esperados de qualidade da AB.

## Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
2. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.
3. Andrade, LOM, Barreto ICHC, Bezerra, RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 783-836.
4. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiol. Serv. Saúde 2018; 27(3): 1-8. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>
5. Almeida PF, Santos AM. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? Rev. de Saúde Pública 2016; 50(80): 1-12. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602>
6. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [acesso em 14 nov 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.html>
7. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a

nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349(g4014): 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>

8. 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): 2.177-2.181. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1501140>

9. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1): 18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>

10. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, Pereira RAG. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 3047-3056. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>

11. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38(spe): 252-264. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>

12. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 948-960. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>

13. Girardi SN, Stralen ACS, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, Carvalho CL. Escopos de prática na atenção primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2017; 17(supl. 1): S171-S184. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100008>

14. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, Mendonça MHM, Medina MG, Viana ALD, Fausto MCR, Paula DB. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e

usuários. Ciênc. Saúde Coletiva 2017; 22(4): 1.141-1.154. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>

15. Vaitsman, J, Farias LO, Mattos AM, Campos Filho AC. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. Cad. Saúde Pública 2003; 19(6): 1.631-1.643. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600008>

16. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

17. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, Thumé E, Silveira DS, et al. Diabetes care in Brazil; program to improve primary care access and quality (PMAQ). J. Ambulatory Care Manage 2017; 40(2 sup.): S12-S23. doi: 10.1097/JAC.0000000000000184

18. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. Ciênc. Saúde Coletiva 2007; 12(2): 343-349. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200010>

19. 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. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>

20. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde em Debate. 2018 Set; (42):especial 1: 289-301. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>

21. Campos ACV, Borges CM Vargas AMD, Leles CR, Ferreira EF. Social and health indicators as a measure of access to primary healthcare in Brazil. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(11): 4.349-4.355. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200007>

22. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. Rev.

Saúde Pública 2014; 48(6): 968-976. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048005388>

23. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis* 2015; 25(2): 635-656. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>

24. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* 2015;31(9):1.941-1.952. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>

25. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate* 2018; 42(spe 1): 81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>

26. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(3): 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>

27. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J. Ambulatory Care Manage* 2017; 40(2 sup.): S4-S11. doi: 10.1097/JAC.0000000000000189

28. Saddi FC, Harris MJ, Coelho GA, Pêgo RA, Parreira F, Pereira W, et al. Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ) a mixed-method approach. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10): 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00202417>

29. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2.749-2.759. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>

30. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(8): 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037316>

## 6. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente trabalho sugerem ter ocorrido, ao longo da década de 2010, importante processo de inflexão positiva no funcionamento da AB no Brasil, com aumento do acesso e qualificação da oferta de serviços básicos de saúde em todos os contextos demográficos e socioeconômicos estudados.

Nesse período houve um esforço dos diferentes atores implicados com a implementação da AB e do SUS no sentido de superar a inércia institucional, entrelaçando propósitos práticos comuns em direção ao aperfeiçoamento da AB brasileira. De maneira geral, os principais elementos que passaram a constituir a PNAB dialogaram com os temas mais relevantes que ocuparam a agenda de reivindicações e posicionamentos sobre as necessidades de ajustes na política, com a incorporação de dispositivos que passaram a contribuir com o enfrentamento dos principais obstáculos identificados.

Foram introduzidas mudanças nas políticas relacionadas a força de trabalho, especialmente dos médicos, com novas possibilidades de composição da carga horária médica das equipes da ESF; o financiamento federal inseriu conteúdos de diferenciação socioeconômica em favor de contextos mais pobres e de maior dispersão populacional, além de resultados produzidos pelas equipes; os incentivos financeiros nacionais para o apoio às equipes da ESF, por meio do NASF, deixou de ser restrito a municípios maiores; o financiamento federal reconheceu a implantação de equipes de AB para atenderem especificidades de contexto como o Consultório na Rua, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as UBS Fluviais; os problemas relacionados às condições de infraestrutura das UBS passaram a contar com financiamento direto para a construção, ampliação e reforma de unidades; um novo sistema de informação, com a implantação de ferramenta de PE e informações individualizadas, substituiu aquele que condicionava o uso de dados em formato agregado e impedia a comunicação informacional entre diferentes sistemas e níveis de atenção; e a implantação de um amplo programa vocacionado a enfrentar as dificuldades de atração, fixação e formação de médicos alterou o cenário geral da mão-de-obra médica no país.

Na dimensão do *acesso e acolhimento à demanda espontânea* foram constatados significativos avanços na disponibilidade de serviços de AB, com a diminuição de vazios assistenciais, melhorias das condições de funcionamento das

UBS, ampliação da proporção de equipes que implantaram ou se dedicaram a qualificar o acolhimento à demanda espontânea, e melhorias na organização da agenda das equipes, de modo a diminuir os obstáculos organizacionais para o acesso dos usuários.

Na dimensão da *integralidade do cuidado e abrangência da oferta de serviços* houve aumento na prevalência de equipes que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para grupos populacionais prioritários; quase a sua totalidade desenvolvem ações de promoção e prevenção; encontrou-se elevação na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um conjunto essencial de procedimentos, incluindo aqueles relacionados à saúde bucal; a maior parte delas organizam seu processo de trabalho para assegurar que sejam realizadas visitas domiciliares, com prioridade para usuários com maior risco e vulnerabilidade; encontrou-se crescimento expressivo na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio do NASF e que incorporaram PICs no rol de ofertas aos usuários, além do aumento no percentual de equipes que buscam efetivar ações intersetoriais por meio da articulação com o setor educação.

Por sua vez, na dimensão *coordenação do cuidado e integração dos serviços de AB com a RAS* também foram constatados avanços expressivos na capacidade da AB exercer função coordenadora da rede. Houve aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio de outros profissionais da rede, como os de CAPS, centros de especialidades e, principalmente, dos NASF; a maior parte delas passou a dispor de centrais de regulação, além de ter ocorrido aumento no percentual daquelas que conseguem garantir que o usuário já saia da UBS com a consulta no especialista agendada, em caso de necessidade; a maioria dos serviços garantem exames para pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e os exames essenciais para o acompanhamento do pré-natal. Significativa parcela das mulheres com indicação da AB para realização de mamografia consegue acesso ao exame na rede e houve elevação na prevalência de equipes que possuem referências e fluxos definidos para o atendimento de usuários que necessitam de encaminhamento. Ao mesmo tempo, houve incremento 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; assim como ampliação na prevalência de equipes que utilizam

prontuário eletrônico, importante dispositivo para assegurar a continuidade informacional

O vetor geral daquilo que a AB produziu ao longo do período estudado é em direção a mais e melhor acesso, integralidade e coordenação do cuidado. O contexto regional e demográfico seguem sendo fator explicativo para os limites e possibilidades da implementação de padrões esperados de qualidade da AB. Equipes situadas nas regiões mais desenvolvidas e maiores municipalidades tendem a obter melhores resultados para qualidade geral da AB e, ao mesmo tempo, os resultados demonstraram que foram nas regiões mais pobres e menores municípios que, de forma geral, foram constatados os maiores avanços para todas as dimensões estudadas. De todo modo, os resultados reforçam a premência de se seguir na agenda de qualificação da AB para a superação de problemas recorrentes que ainda precisam ser enfrentados, se se pretende alcançar patamares compatíveis com os preceitos de uma AB acessível, abrangente e resolutiva.

Esse quadro de mudanças e melhoria da AB somente foi possível num cenário de protagonismo do Estado. Contudo, mais recentemente, desencadeou-se uma sequência de acontecimentos políticos que hoje colocam em risco a continuidade dessa agenda. O país vem atravessando um período de relativa conturbação social e desestruturação do sistema político nacional, com processos de ruptura e instabilidade política que resultou na eleição, em 2018, de um projeto com pauta econômica liberal, agenda de austeridade fiscal e diminuição da participação do Estado frente aos problemas históricos vividos pela sociedade brasileira.

Apenas com um Estado forte e promotor de políticas públicas que defendam a vida e o bem-estar da comunidade política é que conseguiremos efetivar tudo aquilo que a Constituição cidadã de 1988 almejou, com saúde universal e incondicional para todos.

## REFERÊNCIAS

1. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 25-57.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-545.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502.
4. Friedberg MW, Hussey OS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(5): 766-772.
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. 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.
6. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev. Bras. Epidemiolo.* 2014; 17(4): 968-977.
7. 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.
8. Moore D, Castilho E, Richardson C, Reid RJ. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-1998. *Int. J Health Plann Manage* 2003; 18(4): 279-292.

9. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS; 2007.
10. Souza C. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova* 2001; s/v(52): 5-28.
11. Paiva CHA, Teixeira LA. A reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2014; 21(1): 15-35.
12. Kinzo MDG. A democratização brasileira, um balanço do processo político desde a transição. *São Paulo em Perspectiva* 2001; 15(4): 3-12.
13. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizadora. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997.
14. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* 2018; 42(spe 1): 208-223.
15. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Histórico de cobertura da atenção básica [acesso em 14 nov 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
16. 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): 2.177-2.181.
17. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(esp. 1): 18-37.
18. Mendes A, Marques RM. O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2014; 38(103): 900-916.

19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(8): 1-14.
20. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Mass LWD, Carvalho CL, Faria EO. O impacto do programa mais médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2.675-2.684.
21. Almeida PF, Santos AM. Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Revista de Saúde Pública* 2016; 50(80): 1-12.
22. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero, AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica, saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 132-153.
23. Andrade, LOM, Barreto ICHC, Bezerra, RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 783-836.
24. Organização Mundial de Saúde. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca*. Genebra: OMS; 2008.
25. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(8): 1-14.
26. Portela GZ. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis* 2017; 27(2): 255-276.
27. Biscaia AR, Heleno LCV. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2017; 22(3): 701-711.

28. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. [acesso em 12 mar 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)

29. Organização Mundial da Saúde. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care From. Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [acesso em 12 mar 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(3): 1-6.

31. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar* 2005; s/v(25): 127-141.

32. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9(2): 177-184.

33. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2009; 14(spl. 1): 1.325-1.335.

34. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925 de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 13 nov 1998.

35. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 mar 2006.

36. Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da atenção básica e do programa saúde da família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl. 1): S42-S57.
37. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 40-76.
38. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2010; 8(3): 387-406.
39. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18(8): 2.253-2.262.
40. Justo LG, Severo AKS, Félix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL, Pedrosa JIS. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface Comunicação Saúde Educação* 2017; 21(spl.1): 1.345-1.354.
41. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas RWJF, Ribeiro KG, Vieira-Meyer APGF, Andrade LOM. Complexidade e potencialidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde Debate* 2018; 42(esp.1): 114-129.
42. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2): 127-140.
43. Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde públ* 1990; 24(6): 445-452.
44. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(sup. 2): S190-S198.

45. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. p. 177-198.
46. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
47. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Health Soc Behav* 1995; 36(1): 1-10.
48. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
49. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1.411-1.416. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500037
50. Pinheiro R, Ferla A, Silva Júnior AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 343-349.
51. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2017; 41(115): 1.177-1.186.
52. Lobato LVC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 89-120
53. 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(sup. 2): S331-S336.
54. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009; 13(special issue): 6-15.

55. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10(65): 1-13.
56. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1): 244-260.
57. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primário no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(supl.1): 1.029-1.042.
58. Campos GWS. Equipes de referências e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-403.
59. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Ciênc. e Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2.729-2.738.
60. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco; 2010. p. 9-36.
61. Knill C, Tosun J. Policy-Making. In: Caramani D. *Comparative Politics*, 2. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 373-388.
62. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* 2006; s/v(16): 20-44.
63. Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Política pública, seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

64. Hall PA, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova* 2003; s/v(58): 193-223.
65. Thelen K. Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science* 1999; s/v(2): 369-404.
66. Pierson P. *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
67. Streeck W, Thelen K. Introduction: institutional change in advanced political economies. In: STREECK, W.; THELEN, K. *Beyond Continuity; institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press, p. 1-39, 2005.
68. Lindblom CE. *O processo de decisão política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1981.
69. Anderson JE. *Public policymaking*. Boston: Houghton Mifflin Co.; 2003.
70. Baumgartner F, Jones B. *Agendas and instability in american politics*. Chicago: University of Chicago Press; 1993.
71. True JL, Baumgartner FR, Jones BD. Punctuated equilibrium theory: explaining stability and change in public policymaking. In: Sabatier, P. *Theories of the Policy Process*. Cambridge: Westview Press; 2007.
72. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. Pearson; 2011.
73. 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
74. 14ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o US; SUS na seguridade social; Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

75. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 439, de 07 de Abril de 2011. Diário Oficial da União 02 mai 2011; Seção 1.
76. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília, DF: CONASS; 2009.
77. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *A atenção básica que queremos*. Brasília, DF: Conasems; 2011.
78. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 5ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015.
76. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
79. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
80. Vaitsman, J, Farias LO, Mattos AM, Campos Filho AC. Metodologia de elaboração do Índice de Percepções Organizacionais. Cad. Saúde Pública 2003; 19(6): 1.631-1.643.