

KATIA CRESTINE POÇAS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA – DF

2017

Lombada

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

KATIA CRESTINE POÇAS

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO DISTRITO FEDERAL

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Carmen Duarte

BRASÍLIA - DF
2017

KATIA CRESTINE POÇAS

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO DISTRITO FEDERAL**

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

Aprovada em 09 de agosto de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elisabeth Carmen Duarte (Presidente)
Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edgar Merchan Hamann
Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Claunara Schilling Mendonça
Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a Dr^a. Monica Maria Celestina de Oliveira
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre

Prof^a. Dr^a. Tânia Cristina Moraes Santa Barbara Rehem (Suplente)
Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Elisabeth Carmen Duarte, minha amiga e orientadora, por me compreender e respeitar meus momentos, pelo cuidado e zelo que sempre tratou do nosso trabalho, pelas considerações sempre tão sensatas, pelo exemplo e contribuição em todos os momentos de construção desta tese, pela parceria, leveza e alegria em tê-la ao meu lado na vida - meu sempre amor, respeito e carinho.

À professora doutora Zulmira Hartz, minha coorientadora no exterior, por me acolher, compartilhar suas vivências e grande conhecimento, pelo exemplo que me inspira a ser cada vez melhor – minha gratidão e carinho.

Aos professores convidados para fazer parte da comissão examinadora de qualificação e da defesa deste trabalho pelas contribuições sensatas e oportunas que contribuíram para a conclusão do estudo.

Às amigas pesquisadoras que acreditaram nesse trabalho e fizeram parte dele, pelas contribuições, muito trabalho empreendido e dedicação, sem as quais nada teria sido possível – Dra. Deborah Malta, Dra. Regina Bernal, Dra. Lucia Freitas e Rosangela Perillo – minha gratidão e felicidade em tê-las ao meu lado.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Decanato de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Brasília que apoiaram a elaboração desse trabalho. Aos colegas da Pós-graduação, em especial Micheline Meiners, Alice Medeiros e Anelissa Andrade, pela vivência e o apoio.

Aos amigos da UFPel, UFSC, UFMG, UFMA e UFG que fazem parte do nosso grupo de pesquisa do PMAQ/AB, em especial ao professor doutor Luis Augusto Facchini pelo apoio e generosidade em compartilhar suas experiências e conhecimentos.

À Deus que permitiu essa experiência de crescimento e aprendizado, contribuindo para minha condição de aprendiz, abençoando e guiando para o cumprimento da minha caminhada nessa vida.

À minha família, pelo conforto e apoio em minhas decisões, meus erros e acertos, suporte que sustenta a seguir meu caminho com a certeza que sempre estou amparada.

À minha companheira de vida, Cácia, pelo amor, carinho, paciência e felicidade radiante e contagiante que me ajudam a ser uma pessoa melhor, sem seu apoio não teria sido possível a realização desse sonho. À nossa “filhota” Amora sempre companheira e me ensinando o significado de amar incondicionalmente.

À minha mãe, Irene, meu grande amor e agradecimento por tudo que sou nessa vida e ao meu pai José Carlos, por sempre acreditar em mim e proporcionar minha formação profissional e pessoal. A minha “irmã” Gisélly e aos irmãos Júnior e Marcio, pelo amor, carinho, apoio e aprendizado.

Ao meu afilhado Caio, aos meus sobrinhos Giovanna, Gabriel, Ana Carolina, Geórgia, Isabella e Sabrina meus “filhos emprestados” os quais sempre me lembram do meu compromisso com a educação e o exemplo de caráter, honestidade, esforço e dedicação que eu sempre devo dar.

Aos colegas professores da área de Medicina Social da UnB pelo apoio, respeito, contribuições, compromisso e parceria nessa caminhada em busca de uma formação ética, comprometida e humanizada dos nossos alunos.

Aos queridos entrevistadores e supervisores do PMAQ/AB/DF e equipe Expertise/MG pela parceria, responsabilidade e cuidado na coleta dos dados e desenvolvimento da nossa pesquisa. Aos meus alunos, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, razão de ser da nossa luta em busca da diminuição das iniquidades sociais.

Aos amigos queridos que me apoiaram nessa caminhada, difícil listar cada um nessa seção, meu agradecimento especial e carinho.

"Este projeto não teria sido possível sem o apoio financeiro da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, da Fundação de apoio à pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF) e da bolsa para doutorado sanduiche no exterior da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Capes (Capes)".

“A facilidade nos impede de caminhar.”

(Chico Xavier)

RESUMO

O objetivo desta tese é avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) segundo indicadores selecionados de estrutura, utilização e qualidade. Foram desenvolvidos 2 estudos a partir de distintas fontes de dados primários: um inquérito censitário e um inquérito telefônico; e elaborados três artigos. O artigo 1 estima e discute indicadores selecionados de estrutura da APS no Brasil e Unidades Federadas em 2012. Trata-se de estudo ecológico descritivo, com dados do censo das unidades de APS, etapa do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram estimados indicadores de coberturas potenciais para infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis. Os resultados evidenciaram que o DF apresentou os menores percentuais de cobertura para, virtualmente, todas as dimensões de estrutura de serviços de APS estudados no Brasil. O artigo 2 objetivou descrever o perfil de utilização de serviços de saúde e identificar fatores associados à preferência de primeira escolha pela APS da população adulta no DF. Utilizou-se uma subamostra do inquérito telefônico nacional (Vigitel-2015) para o DF, acrescido de questões sobre utilização. Regressão logística permitiu identificar fatores associados à procura de APS. Destaca-se maior preferência por serviços de saúde privados (57,6%) e os serviços públicos (39,5%), particularmente Unidade Básica de Saúde (24,6%), foram menos referidos. Em análise ajustada, escolaridade (OR=0,15; p=0,007) e não ter plano privado de saúde (OR=27,7; p<0,001) associaram-se à procura por APS. O artigo 3 teve por objetivo avaliar a presença e extensão dos atributos da APS e analisar sua associação com o tipo de organização da APS (Estratégia Saúde da Família - ESF - ou Unidades Básicas de Saúde - UBS - do modelo tradicional), na perspectiva dos usuários adultos no DF em 2015. Foram realizadas entrevistas telefônicas em amostra representativa de usuários da APS do DF (n = 581) utilizando-se o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil, versão adulta reduzida. Associação entre o escore de qualidade e o tipo de organização da APS foi avaliada por regressão logística múltipla. Percentual de Alto Escore ($\geq 6,6$) ajustado foi significativamente maior (OR = 4,2; p=0,01) para ESF do que para UBS tradicionais. Evidencia-se que, apesar da baixa cobertura de ESF presente no DF e das características particulares

de utilização desses serviços, os resultados desse estudo mostram que, onde as equipes de Saúde da Família estão presentes, há 4 vezes mais chance de o serviço ser de fato provedor de APS, por apresentar altos escores de orientação à APS. Há avanços importantes que devem ser conduzidos na organização do sistema de saúde no DF no que se refere à utilização e a qualidade da APS. Cabe aos gestores o desenvolvimento de políticas de fortalecimento da APS e expansão da ESF, com vistas à equidade em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Estrutura dos Serviços; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to evaluate the Primary Health Care (PHC) in the Distrito Federal (DF) according to selected indicators of structure, use and quality. Two studies were developed from different sources of primary data: a census survey and a telephone survey; and elaborated three articles. Article 1 estimates and discusses selected indicators of the structure of PHC in Brazil and Federated Units in 2012. This is a descriptive ecological study, with data from the census of PHC units, stage of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). Indicators of potential coverage were estimated for infrastructure, team composition and available services. The results showed that the DF had the lowest coverage percentages for virtually all the dimensions of the PHC service structure studied in Brazil. Article 2 describe the profile of health services utilization and to identify factors associated with the first choice preference for PHC of the adult population in the DF. A subsample of the national telephone survey (Vigitel-2015) was used for the DF, plus questions about utilization were included. Logistic regression allowed to identify factors associated with the demand for PHC. There was a greater preference for private health services (57,6%) and public services (39,5%), particularly the Basic Health Unit (24,6%), were less frequently mentioned. In adjusted analysis, schooling (OR = 0,15; $p = 0,07$) and no private health plan (OR = 27,7; $p < 0,001$) were associated with the demand for PHC. Article 3 had the objective of evaluating the presence and extension of APS attributes and analyzing their association with the type of PHC (Family Health Strategy - ESF - or Basic Health Units - UBS - traditional model) from the perspective of ($n = 581$) using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) Brazil, a reduced adult version. Association between the quality score and the type of APS organization was evaluated by multiple logistic regression. Percentage of High Score (≥ 6.6) adjusted was significantly higher (OR = 4,2; $p = 0,01$) for ESF than for traditional UBS. It is evident that, despite the low coverage of ESF present in the DF and the particular characteristics of the use of these services, the results of this study show that, where ESF are present, there is 4 times more chance of the service being because it presents high PHC orientation scores. There are important advances that must be made in the organization of the health system in

DF regarding the use and quality of PHC. It is up to managers to develop policies to strengthen PHC and expand ESF, with a view to equity in health.

Palavras-chave: Health Assessment; Primary Health Care; Family Health Strategy; Service Structure; Health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
2.2 DISTRITO FEDERAL: CARACTERÍSTICAS DA ÁREA DE ESTUDO	23
2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	31
2.3.1 Avaliação da Qualidade em Saúde	38
2.3.2 O PCATool: instrumento de avaliação da APS	45
2.3.3 Referencial conceitual/metodológico adotado no presente estudo	49
3 OBJETIVOS	51
3.1 OBJETIVO GERAL	51
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
4 METODOS	52
4.1 ESTUDO 1 - CENSO DE ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL E DISTRITO FEDERAL	53
4.2 ESTUDO 2– INQUÉRITO POR TELEFONE AMOSTRAL DE BASE POPULACIONAL NO DF	55
5 RESULTADOS e DISCUSSÃO	63
5.1 ARTIGO 1: CENSO DE ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL (2012): ESTIMATIVAS DE COBERTURAS POTENCIAIS	64
5.2 ARTIGO 2: PREFERÊNCIA DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA DO DISTRITO FEDERAL, 2015	85
5.3 ARTIGO 3: ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCORE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: INQUÉRITO TELEFÔNICO DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS ADULTOS	108
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	133
REFERÊNCIAS	137
ANEXOS	146
APÊNDICES	160

APRESENTAÇÃO

A presente tese está estruturada em seis seções: Introdução, revisão bibliográfica, objetivos, métodos, resultados e discussão e conclusões e recomendações.

Na seção “introdução” é apresentada a importância da avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e em especial no Distrito Federal (DF) e a justificativa para a realização do presente estudo.

A seção “revisão bibliográfica” (referencial teórico) colabora para a descrição do quadro conceitual que conduz a tese e divide-se em três partes: atenção primária à saúde, Distrito Federal: características da área de estudo, e avaliação em saúde. Nesta última, foram destacados os temas de avaliação da qualidade em saúde, o instrumento PCATool (instrumento utilizado neste estudo) e o referencial teórico/metodológico adotado no presente estudo.

A seguir, são apresentados os objetivos geral e específicos e o método escolhido e desenvolvido para a consecução dos objetivos da tese.

Na seção “resultados” e “discussão” são apresentados os artigos originais desenvolvidos no âmbito da tese, a saber: o artigo 1 (publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde) - “Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais”, artigo 2 (submetido na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde) - “Preferência de primeira escolha para utilização de serviço de saúde da população adulta do Distrito Federal, 2015” e artigo 3 (a ser submetido) - “Associação entre estratégia de saúde da família e escore de qualidade da atenção primária à saúde no Distrito Federal: inquérito telefônico da população de usuários adultos”.

Por fim a seção “conclusões e recomendações” apresenta uma síntese das conclusões mais relevantes da tese, as quais encontram-se nos estudos acima referidos, seguidos por recomendações e lições aprendidas que possam auxiliar na orientação de uma agenda de investigação e definição ou reorientação de ações e políticas de APS para o DF e Brasil. Esse formato permite o detalhamento dos estudos que compõem a tese. Contudo algumas informações serão repetidas com a finalidade de suprir o conjunto das seções exigidas no formato normatizado desta tese.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem alcançando grande espaço de discussão no cenário mundial como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Este nível de atenção representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os sistemas nacionais de saúde. A APS constitui, assim, o primeiro elemento de um continuado processo de atenção à saúde, com serviços que têm em vista os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (1).

No Brasil, a APS, também chamada de atenção básica (AB), é entendida como o eixo norteador da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, a APS é responsável por ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (2).

A APS apresenta uma série de características que a tornam um cenário particular de práticas, exigindo de todos os atores envolvidos mobilização e compromisso para promover a organização de redes de atenção à saúde que possibilitem a consolidação de um sistema de saúde pública universal, integral e de qualidade (3).

A preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde, inclusive na APS, vem crescendo nos últimos anos, em consequência da ampliação na oferta desses serviços e do aumento dos custos globais nos sistemas de saúde, principalmente com a incorporação de tecnologia para o diagnóstico e tratamento das enfermidades (4).

Segundo Starfield (2002), a qualidade da atenção à saúde é uma redefinição sucessiva do inalcançável. Isto é, uma vez atingido determinado padrão de qualidade, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade que seja invariável no decorrer do tempo (5). Porém, apesar do desafio, é necessária a busca de uma aproximação desse conceito de qualidade na APS e no SUS.

A partir da definição de APS sistematizada por essa autora, pode-se considerar um serviço de saúde como provedor de APS quando apresentam quatro tributos essenciais, a saber: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema

de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além disso, os serviços aumentariam o poder de interação com o usuário e a comunidade ao possuir também os atributos derivados, segundo a mesma autora: orientação à família, orientação comunitária e competência cultural (5).

Na atualidade, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde (MS) do Brasil é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção à saúde a toda a população. Em particular, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (6) diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar suas estratégias para o reconhecimento da qualidade dos serviços de APS ofertada à sociedade brasileira.

Em um momento de consolidação da APS no Brasil, identificado por meio de expansão de serviços e na busca da melhoria dos mesmos (6), torna-se imprescindível colaborar para a produção do conhecimento científico no que tange a avaliação dos serviços de saúde, em especial para a APS e suas características singulares.

Göttems e colaboradores (2009) discutiram o cenário da saúde no Distrito Federal nas últimas décadas. As autoras relatam investimentos maciços de recursos financeiros e políticos direcionados à construção de hospitais, sendo as iniciativas para fortalecer a APS, descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidade (7). Soma-se a esse cenário a incipiente organização da oferta de serviços de APS no DF, o que contribui mais ainda para a procura de serviços de saúde nos hospitais. Esse fato se configura como um aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde no DF (8).

Apesar da existência de alguns estudos, pouco tem sido discutido sobre a qualidade dos serviços da APS presentes no DF. Neste sentido, este estudo se propõe a avaliar a APS no Distrito Federal segundo indicadores selecionados de estrutura, utilização e qualidade. Os resultados do presente estudo podem apoiar a formulação de políticas de saúde que contribuam para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, orientada para a melhoria da qualidade da APS e a consolidação do SUS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A política de saúde é uma política social direcionada ao desenvolvimento dos indivíduos e da coletividade. Fleury e Ouverney (2012) chamam atenção que, ao se considerar a política de saúde como política social assume-se que a saúde é direito inerente à condição de cidadania e que, para garanti-lo, estruturas com diferentes formatos e modalidades precisam ser organizadas de acordo com os valores compartilhados em cada sociedade (9).

Além da contribuição para a formação da cidadania, a construção de um sistema de saúde pressupõe uma diversidade de arranjos que podem ser desenvolvidos para o alcance dos objetivos traçados, sendo essas escolhas definidas e construídas segundo um conjunto de prioridades políticas. Para a sociedade brasileira, a saúde é conferida como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições para a garantia deste, segundo rege nossa Constituição Cidadã (10).

Esse dever se concretiza no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que levam à garantia da redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (11).

Nesse sentido, o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, onde a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, sendo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde ordenado pela APS (2).

O SUS, conquista da sociedade brasileira, foi resultado de um grande movimento pela democratização da saúde que se materializou durante a segunda metade da década de setenta do século passado, possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). O movimento de prática política como direção para mudança nas relações sociais, tomando a saúde como referência,

resultou na proposta da RSB, a qual pode ser compreendida, segundo Paim (2007), enquanto fenômeno histórico e social e pode ser analisada como ideia e/ou proposta e/ou projeto e/ou movimento e/ou processo (12).

A produção teórica desenvolvida no Brasil nas décadas de setenta e de oitenta do século passado, permitiram apontar a emergência de um paradigma alternativo em saúde coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente (componentes dos processos de reprodução social), permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade (12).

Este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, em especial naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (13).

Nesse período, concomitante ao Movimento RSB, ocorria no cenário mundial a Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, no ano de 1978 na cidade de Alma Ata, antiga URSS. A conferência convocada pela Organização Mundial de Saúde descreveu os cuidados primários como sendo essenciais e foco principal do desenvolvimento social e econômico geral, considerando-o como contato de primeiro nível e os primeiros elementos de um processo de cuidados contínuos em saúde (14).

Na referida conferência um documento de compromisso foi assinado entre 134 países, conhecido como Declaração de Alma Ata, o pacto determinava que os governos tivessem a responsabilidade pela saúde de seus povos, a ser cumprida pela prestação de saúde adequada e medidas sociais, enunciado que foi consonante com as expectativas e desejos do movimento de RSB (14).

Uma das principais metas sociais determinada pela Declaração era que os governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial, deveriam obter um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva para todos os povos do mundo até o ano de 2000, sendo a APS a chave para atingir esta meta como parte do desenvolvimento no espírito da justiça social (14).

Em síntese, pode-se afirmar que o pensamento da APS no mundo, desde então, apresenta-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela ideia de um tipo de serviços, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde (15).

Em geral, as percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde se dividem claramente em quatro categorias principais: a APS seletiva; Atenção primária; APS abrangente de Alma Ata e Abordagem de saúde e direitos humanos (quadro 1), conforme detalhadas no quadro que segue.

Quadro 1: Abordagens e definições de Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária e m Saúde	Ênfase
APS seletiva	Enfocam 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, técnicas de re-hidratação 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 ao ponto de entrada no 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 o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde e médicos tradicionais. A definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e auto-confiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de Saúde e de 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: adaptado de OPAS, 2008 (15).

Em países da Europa e em outros países ricos industrializados, a APS foi vista primariamente como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a

população. Como tal, é referida mais comumente como “Atenção Primária”. No mundo em desenvolvimento, a APS foi originalmente “seletiva”, concentrando-se em algumas poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas, tal qual observamos nas primeiras iniciativas brasileiras de implantação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), descritas mais à frente. Uma abordagem nacional abrangente da APS foi implementada em apenas poucos países, embora outros pareçam caminhar nesta direção. Houve muitas experiências de menor escala em toda a Região das Américas (15).

Estudos conduzidos com profissionais de saúde nas Américas confirmam a importância da abordagem da APS; também confirmam que discordâncias e conceitos errôneos quanto à APS existem em abundância, mesmo dentro do mesmo país (15; 16). Porém, Starfield (2002) quando apresenta um histórico da polissemia do termo APS considerando diversos aspectos presentes nos serviços (tais como tipo de médico que a exerce, a natureza dos problemas de saúde, o local de atendimento, padrão de encaminhamento e responsabilidade, entre outros) e define os atributos essenciais e derivados que deveriam ser avaliados nesses serviços, contribui para a resolução dessa polissemia e para o fortalecimento da APS nos países (5).

Mais de 30 anos se passaram de Alma Ata e a APS se constitui de um conjunto de valores orientadores para a saúde, um conjunto de princípios para a organização de serviços de saúde, e uma variedade de abordagens para lidar com necessidades prioritárias de saúde e as determinantes fundamentais de saúde (20).

No caso brasileiro, a APS é concebida como o primeiro nível de atenção à saúde e se apoia no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na APS, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (17).

A APS é o primeiro contato a atenção/cuidado contínuo, abrangente e coordenado fornecido às populações - indiferenciadas por sexo, doença ou órgãos/sistemas. Os elementos do primeiro contato, continuidade, integralidade e

coordenação estão incluídos na maioria das definições propostas por organizações profissionais, organismos e comissões (5; 14; 18; 19), quando visto a partir da perspectiva das populações, bem como dos pacientes individuais, um sistema de saúde que procura alcançar esses quatro elementos estará no caminho para atingir o que foi previsto na Declaração de Alma Ata.

De acordo com Starfield (2002), a presença e extensão dos atributos da APS determinam a orientação de um serviço de saúde para APS (5). Os atributos são assim definidos (quadro 2).

Quadro 2: Atributos da Atenção Primária à Saúde

ATRIBUTO DA APS	DEFINIÇÃO
Acesso de primeiro contato	Acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
Longitudinalidade	Existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
Integralidade	Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
Coordenação da atenção	Pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.
Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar):	Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
Orientação comunitária	Reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
Competência cultural	Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Fonte: Adaptado de Starfield, 2002 (5).

A APS se caracteriza no SUS como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e

corresponsabilização pela atenção as suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem sua acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento que pode se configurar de formas distintas nas diversas realidades do país (19).

Segundo a PNAB, a ESF é caracterizada como uma forma de organização da APS e, de acordo com os preceitos do SUS, é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a conformação de um processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, contribuindo para a ampliação da resolutividade e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (19).

Criado em março de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como estratégia para promoção de mudanças no modelo de atenção vigente, com equipes que atuam na APS, o qual teve no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) seu antecessor, que foi implantado no Brasil em 1991 e, por ser isoladamente uma proposta inicial de atenção primária seletiva (incompatível com os princípios do SUS), necessitou de ampliação por meio da presença do médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e, no ano de 2000 a inserção do odontólogo na equipe mínima (21), e em 2008 foram estabelecidos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da família.

A ESF mantém os princípios constituídos no SUS, apoiada nos atributos de APS. Segundo Sousa (2014), apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situação de injustiças sociais (21).

Sousa (2007) pondera que, embora haja um relativo consenso quanto à singularidade do PSF enquanto uma estratégia de origem brasileira, não se pode negar as diversas influências dos seus valores, princípios e atributos comuns aos encontrados em todas as nações. Reforça que os princípios da medicina familiar são universais, porém as habilidades e os conhecimentos necessários para a satisfação das necessidades de cada comunidade variam de acordo com uma série de

características, como as enfermidades mais comuns na localidade, os recursos disponíveis e a proximidade com outros serviços de saúde (22).

Vale destacar que ao longo de mais de duas décadas dessas estratégias (PACS e ESF), verifica-se uma ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo em territórios com vazios assistenciais e sociais, nas periferias das cidades e na zona rural dos pequenos e médios municípios brasileiros (21).

A ESF chegou ao fim de 2016 com 40.098 equipes implantadas ¹, destas mais de 22 mil contavam com equipe de Saúde Bucal, presentes em 5409 municípios brasileiros, atendendo potencialmente 63,7% da população brasileira, segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

A inegável expansão de acesso da população brasileira aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF. A experiência inovadora da ESF além de trazer um impacto na gestão municipal pelo comprometimento de recursos federais voltados à expansão da rede assistencial local e autonomia municipal na orientação da estratégia, também impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política (23).

Sousa (2014) defende que a APS é constituída de acordo com contextos socioeconômicos, culturais e de intencionalidades, que transitam entre um nível do sistema de saúde - ou em um conjunto específico de serviços de saúde - ou intervenções como um primeiro ponto organizativo de uma rede de atenção. Nessa linha afirma que a APS abrange concepções, desde cuidados ambulatoriais, como porta de entrada a política de reorganização de atenção do sistema de saúde integral, sustentada teórica, ideológica e praticamente para a garantia do direito universal à saúde (21).

A APS brasileira compreende atualmente uma política de Estado e se concretiza pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, humanização, equidade e participação social. Objetiva uma assistência integral e não uma ação seletiva, a exemplo dos conhecidos pacotes básicos tradicionais para "pessoas pobres" historicamente recomendados por agências multilaterais (24).

¹ Dados disponíveis em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 09 fev. 2017

A ESF é um esforço tripartite que supera divergências político-partidárias. Temporão (2009) reforça que sua especificidade relevante se alicerça em uma proposta de ação multiprofissional, orientada para um território específico sob a responsabilidade de uma equipe que objetiva evitar a doença e a morte por motivos preveníveis e atua como uma referência para outras ações nos serviços de saúde (24).

2.2. DISTRITO FEDERAL: CARACTERÍSTICAS DA ÁREA DE ESTUDO

O Distrito Federal (DF) com população de mais de 2, 5 milhões de habitantes (em 2010), compreende um quadrilátero de 5.789,16 Km², equivalendo a 0,06% da superfície do País. Limita-se ao norte com os municípios de Planaltina, Padre Bernardo e Formosa, ao sul com Santo Antônio do Descoberto, Novo Gama, Valparaíso de Goiás e Cristalina, todos do estado de Goiás, a leste com o município de Cabeceira Grande, pertencente ao estado de Minas Gerais e Formosa pertencente a Goiás e a oeste com os municípios de Santo Antônio do Descoberto e Padre Bernardo também de Goiás (25).

O DF organiza-se em Regiões Administrativas (RA), com vistas à descentralização administrativa, sendo Brasília, a sede do governo do Distrito Federal e a capital federal. O território do DF é organizado em 31 RA, sendo que nessas, a administração é feita por um administrador regional, o qual não depende de eleições para ser nomeado, mas com participação popular estabelecida por leis distritais. Ao DF são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios o que confere a essa UF uma característica singular de ser uma UF indivisível e ser considerada nas estatísticas nacionais como indistinto da capital federal Brasília e de suas RA (25; 26).

Brasília não é uma cidade convencional, que se tenha originado espontaneamente a partir de uma ocupação precedente do espaço e que se foi conformando no desenrolar das relações sociais de seus habitantes, ainda que esta característica lhe seja também presente. Trata-se de uma cidade projetada originalmente como exemplo de organização urbana, para abrigar uma população de 500 mil habitantes no ano 2000; quantitativo esse atingido no fim dos anos 60. Seu

crescimento aconteceu nos moldes urbanos nacionais típicos, com expansão no sentido centro-periferia e segregação espacial e socioeconômica associada. Brasília apresenta-se como uma aglomeração polinucleada, isto é, como um mosaico de núcleos urbanos eminentemente residenciais e territorialmente individuais com pequenos centros administrativos e de serviços de abrangência local e muito pouco especializados (27).

Segundo Paviani (2005), a Capital Federal é formada por uma “constelação urbana” centralizada no Plano Piloto, sede dos Governos Federal e Distrital e o que é mais característico na distribuição espacial das atividades em Brasília é seu formato centralizado. Ao contrário do que aconteceu com a maior parte de sua população, que se submeteu a um padrão de desconcentração-concentrado nas cidades satélites (as regiões administrativas), as atividades econômicas criaram economia de escala e de aglomeração, fixando-se no Plano Piloto, submetendo-se a critérios de ordem política, aos quais se atrelaram os econômicos (28).

Sabe-se que a evolução urbana de Brasília seguiu caminho bem diverso daquele idealizado pelos seus fundadores. Supunha-se, por exemplo, que Brasília, no ano 2000, teria menos de meio milhão de habitantes. Não teria cidades satélites, nem “entornos”, e proporcionaria a integração social dos seus moradores nas famosas superquadras, onde diretores e contínuos, funcionários e motoristas, ministros e ascensoristas conviveriam em doce fraternidade (29), isso não se concretizou.

Brasília é classificada como a quarta cidade mais populosa do Brasil, com população de mais de 2,5 milhão de habitantes e possui o segundo maior PIB per capita do Brasil (R\$ 40.696,00) entre as capitais, superada apenas por Vitória (R\$ 60.592,00) (26). Longe daquilo que idealizaram os seus fundadores, Brasília é um colar de cidades-satélites espalha-se pelo quadrilátero, expondo carências, dramas e problemas. Em geral, as cidades-satélites são carentes de abastecimento d’água, de redes de esgoto, de escolas, hospitais, policiamento, entre outros (29).

Distante de garantir a integração social dos seus moradores, como sonhavam os fundadores, Brasília apresenta, os piores índices de concentração de renda do país. Contínuos, motoristas e ascensoristas foram devidamente “tocados” para as cidades-satélites ou para o Entorno, conjunto de cidades goianas paupérrimas que cercam o Distrito Federal. A especulação imobiliária, as invasões e os loteamentos clandestinos campeiam, com o beneplácito das autoridades. Nas famosas

superquadras moram as classes médias brasilienses e uma pequena parte das elites, estas, sobretudo, nas superquadras mais nobres. A maior parte das elites vive nos palacetes e mansões dos Lagos Sul (principalmente) e Norte. A divisão de classes de Brasília encontrou na distribuição do espaço urbano a sua mais completa tradução (29).

Entre as Grandes Regiões brasileiras, a desigualdade é historicamente superior no Nordeste e Centro-Oeste. Essa desigualdade pode ser aferida por meio do índice de Gini: o qual calcula a desigualdade de distribuição de renda e consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de e 1 corresponde à completa desigualdade (30). Em 2013, para o Brasil o índice era de 0,501, nessas duas regiões citadas acima, os índices observados foram de, respectivamente, 0,509 e 0,519, sendo que no Distrito Federal o índice foi de 0,570, representando o maior índice de desigualdade de distribuição de renda nacional (30).

Com relação à dinâmica demográfica no Distrito Federal a razão de sexo é de 91,6 homens para cada 100 mulheres e a proporção crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade foi de 24,1% em 2010 (30). As crianças são mais representativas principalmente para demonstrar esta dinâmica demográfica que, como a do Brasil, vem apresentando uma diminuição no ritmo de crescimento populacional e mudanças na sua estrutura etária (30). Dos residentes no DF, segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD/DF) 65,6%, concentram-se nos grupos entre 15 e 59 anos, sendo que a população acima de 60 anos de idade é de 14,1%. As crianças foram encontradas principalmente nas regiões recém-criadas e de baixa renda como a Estrutural, com 34,1% e o Varjão com 29,2%, em contraponto os idosos são mais representativos no Lago Sul (29,3%) e Plano Piloto (23,7%), regiões mais antigas e de maior renda no DF (26).

Nos últimos dez anos, a população do DF teve sua estrutura modificada em termos de cor ou raça. Destaca-se uma menor proporção de pessoas que se declaram brancas e uma maior proporção das pessoas que se declaram como pretas ou pardas. Esse conjunto passou de 44,7% da população; em 2000, para 50,7%, em 2010 (27). Ainda, no que diz respeito à cor/raça, 49,6% da população do DF se declarou parda, seguida de 45,0% da cor branca e 5,2%, cor preta. Nas regiões de maior renda, prevaleceram a cor branca, Lago Sul (80,3%), Sudoeste/Octogonal (73,7%) e Jardim Botânico (66,4%), enquanto nas regiões de

menor poder aquisitivo, prevaleceu a cor parda como na RA Fercal (70,23%), Paranoá (67,9%) e Varjão (66,1%) (26).

O analfabetismo pode ser considerado uma forma de exclusão social das mais severas nas sociedades contemporâneas. Sua erradicação continua a ser um dos grandes desafios a serem vencidos pelos países em desenvolvimento. O Censo Demográfico 2010 informa que o País contava com 9,6% da população de 15 anos ou mais de idade analfabeta (26), enquanto que no DF, os dados da PDAD/DF apontam que os que se declararam analfabetos, sabem ler, escrever e cursam a alfabetização de adultos totalizam 3,9%, e somados aos que têm ensino fundamental incompleto atingem a casa dos 32,8% da população. Quanto ao nível de escolaridade dos 29,7% dos moradores informaram ter o ensino fundamental incompleto, enquanto 17,3% têm formação superior, incluindo curso de especialização, mestrado e doutorado (26).

Os resultados da pesquisa PDAD/DF mostraram a alta correlação entre o grau de instrução e a renda domiciliar. Nas regiões de alta renda como Lago Norte, Lago Sul e Sudoeste/Octogonal, a maioria da população possui nível superior, incluindo cursos de especialização - mestrado e doutorado, enquanto nas de baixo poder aquisitivo como na Estrutural, este percentual não chega a um por cento (26).

A sociedade brasileira avança na direção do entendimento de que as condições de saneamento do domicílio são essenciais para garantir o bem-estar da população. Esta infraestrutura de acesso à rede de fornecimento de água potável, de esgotamento sanitário e coleta de lixo são condições que não só melhoram a saúde das pessoas como também melhoram as condições do meio ambiente. Dados nacionais indicam que houve um significativo crescimento (45,3% para 61,8%) da proporção de domicílios com saneamento adequado entre 1991 e 2010 no país (26).

Segundo dados da PDAD/DF, a abrangência do abastecimento de água no DF por rede geral é de 97,8%. Observa-se cobertura de 100% em Taguatinga, Cruzeiro, Riacho Fundo, Sudoeste/Octogonal e SIA. As demais regiões tendem à universalização. Quanto ao esgotamento sanitário, 85,9% dos domicílios contam com rede geral, embora as regiões de criação mais recente, especialmente de alta renda, possuam ampla maioria servida por fossa séptica. Nas regiões de menor poder aquisitivo, como o Fercal, a fossa séptica está presente em 45,1% dos domicílios e a rudimentar, em 47,8%. A quase totalidade dos domicílios possui

serviço de coleta urbana de lixo, com 9,8% dos domicílios contando com a coleta seletiva (26).

A discussão sobre indicadores de situação de pobreza no Brasil é bastante atual e ainda carece de maiores definições. O próprio governo brasileiro utiliza diferentes cortes de renda monetária domiciliar per capita para selecionar beneficiários para seus programas e políticas sociais. O Programa Bolsa Família (PBF), por exemplo, considera extremamente pobres as famílias com renda domiciliar per capita de até R\$ 70,00 e pobres aquelas com até R\$ 140,00. O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC-LOAS beneficia idosos e deficientes com rendimento domiciliar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (26).

Os benefícios sociais levantados na pesquisa do PDAD/DF em 2013 referem-se às informações prestadas pelos entrevistados, não coincidindo necessariamente com o número de famílias cadastradas pelo Governo. Os dados apontam que apenas 8,39% dos domicílios no DF recebem algum benefício social. (26).

No Distrito Federal, o Plano Pela Superação da Extrema Pobreza - DF sem Miséria - complementa a renda das famílias que, mesmo com o PBF, não alcançam R\$ 140,00 de renda familiar per capita. Os dois programas beneficiam cerca de 58 mil famílias com cadastro atualizado, o que representa 77,0% de cobertura. No entanto, 3.708 famílias em situação de pobreza não são beneficiárias do PBF, e, conseqüentemente, do DF sem Miséria. Destas, 72,0% (2.696) são elegíveis ao PBF (32).

Em relação à gestão dos serviços de saúde, no Distrito Federal, diferente do que ocorre em outros estados, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) acumula funções que são atribuídas a estados e municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde. O volume de recursos associado ao das transferências federais – Ministério da Saúde e Fundo Constitucional – permite um gasto anual per capita com saúde entre os cinco maiores da Federação (33), por exemplo, em 2013 o Distrito Federal foi o líder do ranking estadual de gasto em saúde, com R\$1.042,40 por pessoa ao ano².

² Disponível em: portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES/DF. Compõe esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico, ações e serviços em atenção primária, especializados de média e alta complexidade (33).

Em 2012 a rede pública do DF se configurava da seguinte forma, segundo dados do Plano Distrital de Saúde (33):

- Unidades básicas de saúde: 68 centros de saúde; 03 unidades mistas; 39 postos de saúde urbanos e rurais, além de 39 equipes do Programa Saúde da Família e 17 equipes de Saúde Bucal.
- Centros de Atenção Psicossocial – 12 no total, estando 6 credenciados pelo Ministério da Saúde.
- Unidades hospitalares: 12 hospitais regionais; 01 hospital terciário e 04 hospitais especializados.
- 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- Unidades de apoio: 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 centro de orientação médico-psicopedagógica; 01 Hemocentro; 01 laboratório central; 19 núcleos de inspeção de saúde; 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), 01 Diretoria de Saúde Ocupacional e 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

No que se refere à organização da rede de serviços, apesar das inovações, a gestão da saúde no DF trilhou caminhos tradicionais, tais como: investimento nos hospitais como locus central do sistema de saúde; centralização da gestão financeira e de recursos humanos; uso de tecnologia de ponta; reforço na residência médica centrada na especialidade em detrimento dos demais profissionais (34).

Segundo Pires e colaboradores, evidencia-se a predominância da atenção o hospitalar no modelo assistencial desde o desenho original do sistema de saúde do DF. Essa característica, acrescida de políticas descontínuas para fortalecimento da atenção básica e da ausência da organização de redes de cuidados, torna o sistema ineficiente e oneroso (8).

Em relação à evolução da cobertura da ESF, observa-se um aumento constante das coberturas populacionais nos últimos 05 anos, ainda que muito lento. A cobertura aumentou de 13,4% em 2010 para 31,4% em 2015, uma população

cobertura estimada de 834.900 habitantes, segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde³.

As ESF distribuídas em UBS estavam estruturadas no ano de 2012 em casas alugadas e em comodato, cada uma com uma a duas equipes. A cobertura populacional que propiciavam era muito inferior aos 51,0% alcançados no ano de 1998, ano que apresentou a maior cobertura do DF, quando haviam 277 equipes implantadas (33).

Em estudo conduzido por Götems e colaboradores (2009) que analisa a trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal em uma retrospectiva de 47 anos (1960 a 2007), as pesquisadoras mostraram que o Distrito Federal investiu maciçamente recursos financeiros e políticos na construção de hospitais. Evidenciaram ainda, que as iniciativas para fortalecer a APS foram descontínuas e desarticuladas da rede de serviços de média e alta complexidades, com reduzida oferta de capacitação profissional, justificada pela necessidade de garantir a retaguarda da atenção hospitalar (7).

O pouco planejamento na incorporação de tecnologias no SUS no DF comprometeu a capacidade de resposta e hierarquização dos serviços, embora o número de unidades de saúde (em especial hospitalares) estivesse satisfatório. O DF conta com o maior gasto público em saúde (R\$1.042,40 hab/ano em 2013) e IDH do país (IDHM de 0,824 em 2010), apresentando adequadas taxas de médicos e leitos para a população. Nesse cenário, a gestão do SUS-DF teria melhores condições para atender as necessidades de saúde dos usuários, o que não vem ocorrendo (8).

Em relação à saúde suplementar, informações constantes no PDAD/DF 2013 mostram que 34,6% da população do Distrito Federal dispõe Plano privado de saúde, dos quais 27,4% possuem plano empresarial e 7,2%, plano individual. As maiores incidências de Planos de Saúde foram nos domicílios das regiões administrativas de maior renda (26).

Quanto à situação de saúde da população do DF alguns indicadores selecionados e disponíveis na Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) realizada em 2013 permitem traçar um perfil geral. Por exemplo, no DF, das pessoas com 18 anos ou mais de idade, 71,7% auto avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. As

³ Dados disponíveis em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 09 nov. 2015

estimativas para o Brasil foram de 66,1% e no Centro-oeste foram de 68,1%. Quanto às doenças crônicas, 19,7% dos indivíduos de 18 anos ou mais referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no DF, enquanto no Brasil foi 21,4% e no Centro-Oeste 21,2% (29).

Em relação ao diagnóstico médico de diabetes, 5,8% da população de 18 anos ou mais de idade do DF referiram ter diabetes, enquanto que no Brasil este indicador foi de 6,2% da população adulta (29). De acordo com a PNS, 12,5% das pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil (18,4 milhões) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto. A Região Centro-Oeste e o DF apresentaram proporções abaixo da média nacional: 11,0% e 12,3%, respectivamente.

No ano de 2013, a PNS apurou que 4,4% de pessoas de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de asma (ou bronquite asmática) no Brasil. Na maioria das Grandes Regiões, os resultados foram semelhantes ao encontrado no nível nacional, sendo de 4,2% no Centro-Oeste e de 6,0% no DF (29). Em relação ao diagnóstico de câncer, a PNS estimou que 1,8% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (2,7 milhões de adultos), referiram diagnóstico médico de câncer no Brasil. Este indicador apresentou proporção de 1,6% na Região Centro-Oeste, enquanto no DF apresentou uma proporção superior à média nacional, de 2,7% (29).

A região conformada pelo DF e seu entorno possui características peculiares que se refletem diretamente na definição das políticas públicas, uma vez que a relação observada não se limita à proximidade geográfica (32). Tais reflexos se estendem a praticamente todos os setores - educação, transporte, segurança e meio ambiente, e em especial na saúde – como acontece nas grandes regiões metropolitanas.

Somado às características de desigualdade social apontadas, a dinâmica cotidiana da região do entorno de Brasília, a qual envolve três estados da Federação com suas características próprias, temos ainda o caráter político-administrativas que apresenta configuração singular, todos esses fatores representam um grande desafio para a gestão pública de qualidade no DF.

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliar não é prática nova, sendo realizada desde os primórdios da humanidade e presente nas diversas atividades cotidianas. Isso se dá pelo fato de a todo o momento, precisarmos tomar decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre uma situação vivenciada (35).

O conceito de avaliação é, em certa medida, sujeito a mal-entendidos e disputas. Para muitos, a palavra "avaliação", lembra experiências juvenis não muito agradáveis associada com testes escolares e atribuição de notas. Em ambientes institucionais é crença comum que a avaliação é realizada quando há suspeitas de que as coisas não estão indo bem na execução um programa ou projeto. A simples menção da palavra avaliação pode deixar as pessoas aflitas ou estressadas, especialmente gestores e executores de programas (36).

Sob o rótulo de "avaliação" reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, do tipo: "fomos bem? "; "deu resultados? "; "estamos satisfeitos? "; até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas semelhantes recorrendo-se a métodos e técnicas possuidoras de maior objetividade e cientificidade. Além disso, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, tais como políticas, programas, serviços ou sistemas (37).

As definições de avaliação são numerosas chegando até mesmo ao ponto de cada avaliador definir um conceito diferente (38). Avaliar pressupõe as ações de medir, comparar e emitir juízo de valor com finalidade de tomar decisões (39).

Donabedian (1988) defende que para se avaliar um serviço ou programa em saúde devem-se considerar aspectos de estrutura (recursos materiais, físicos, humanos, normas, entre outros), de processo (atividades) e de resultados (40), para Tanaka (2000) a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efetivo possível (41), de maneira semelhante Santos e Merhy (2006) afirmam que a avaliação pode se constituir em

uma ferramenta ligada ao processo decisório, ao planejamento e à gestão, destinada a melhorar desempenhos, rever e redirecionar ações (42).

Ao se aprofundar nesse campo da avaliação, Minayo (2005) busca uma síntese entre sujeito/objeto, teoria/prática, lançando mão da Crítica da Razão Pura, na qual a filosofia kantiana propõe a unidade sintética entre os fenômenos e a razão, construtora e construto da experiência (43).

Segundo Cruz (2011), as etapas marcantes da história da avaliação coincidem para com algumas características importantes da avaliação evidenciando assim o que, segundo ela, os autores Guba e Lincoln em 1989 denominaram de gerações (44). Os autores reconheceram nesta diversidade a configuração de pelo menos quatro gerações de estudos de avaliação: a primeira (1900-1930), que tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a segunda (1930-1960), centrada na descrição da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas; a terceira (1967-1980) apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a quarta (1980 - atual) que se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação (44).

A avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção e do conhecimento sobre as intervenções, consumação dos esforços e das controvérsias de mais de dois séculos, permitindo a concepção de abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais. Ao longo do tempo, avanços teóricos importantes e introdução de novos métodos permitiram a obtenção de avaliações cada vez mais finas e completas (45).

Há vários tipos de avaliações, Champagne e colaboradores (2011) ponderam que a abundância conceitual traduz a complexidade do campo. Afirmam que as definições e tipologias propostas refletem modelos conceituais, abordagens e, efetivamente, metodologias diferentes, até divergentes, visto serem resultado do que chamam de “casamento forçado” entre tradições muito diferentes: a da avaliação econômica, a da avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica e, cada vez mais, a da avaliação oriunda das ciências sociais (46).

Os referidos autores apresentam um quadro integrador conceitual, que reúne os elementos que são hoje consensuais, qual segue:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (46).

Posto que, para avaliar é necessário emitir um juízo de valor sobre intervenções, devemos nos apropriar de dois tipos de estudos avaliativos para essa condução: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa (47). A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas existentes. Considera em seu desenvolvimento a abordagem sistêmica: recursos utilizados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultado) proposta por Donabedian em 1966 (48).

Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, sendo normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa (avaliadores internos). Apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção. A validade da apreciação normativa depende da qualidade da medida (validade e confiabilidade dos instrumentos de medida e validade da estratégia de medida) e da força causal dos vínculos postulados entre estrutura, processo e resultados (46).

A pesquisa avaliativa faz um julgamento de valor a partir de métodos científicos. Analisa “a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos, rendimento e relações entre a intervenção e o contexto”. Estudos desse tipo exigem maior experiência do pesquisador e maior bagagem tanto teórica quanto metodológica. Pode-se realizar estudo avaliativo com o propósito de aprofundar um tema ainda pouco estudado, ou uma nova abordagem teórica ou metodológica (47).

Uma distinção importante a ser realizada quando se trata de avaliação refere-se ao papel do avaliador, que pode ser de natureza interna (auto-avaliação) e externa. Uma avaliação externa é aquela conduzida por uma equipe que não faz parte da organização em questão. Já as avaliações internas são realizadas por uma equipe interna da organização, especialmente designada para tal função. Muitas

vezes, essa “divisão” pode não estar tão bem delimitada e ter indivíduos que estejam atuando nas duas perspectivas. O ideal é utilizar uma composição desses dois tipos de avaliadores, à medida que os primeiros podem estar tão envolvidos com o objeto a ser avaliado que corram o risco de não ser muito objetivos; já os avaliadores externos apresentam a desvantagem de não conhecer bem a intervenção/programa que se deseja avaliar (47).

Segundo Champagne e colaboradores (2011), a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise que recorrem a métodos de pesquisa diferentes: a análise estratégica permite apreciar a pertinência da intervenção; a análise lógica examina a coerência (o mérito e a validade operacional); a análise de produção se interessa pela produtividade e pelos determinantes da qualidade dos processos; a análise dos efeitos verifica a eficácia; a análise da eficiência atesta a eficiência global da intervenção; a análise de implantação observa as interações entre a intervenção e o contexto de implantação na produção dos efeitos (46).

Em relação à análise estratégica, essa serve essencialmente para questionar a pertinência da intervenção, sendo o planejamento e a análise estratégica dois procedimentos similares, enquanto o planejamento é feito *ex ante* e a análise estratégica acontece *ex post*. A pertinência de uma intervenção baseia-se em elementos contextuais, os quais devem ser questionados nessa análise, quer sejam o questionamento sobre o objeto da escolha do problema, sobre a escolha dos objetivos e a pertinência das parcerias dito estratégicas e escolhidas quando da elaboração do programa em questão (49).

Quanto à análise lógica, seu objetivo é determinar o mérito do modelo teórico que dá base à intervenção, sendo assim essencialmente somativo. Comporta dois componentes principais: a análise do mérito do modelo teórico (a plausibilidade das hipóteses) e a análise do mérito do modelo operacional (a exatidão dos meios). De uma maneira mais direta: o avaliador deve determinar se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios utilizados para alcançá-los, para isso deve emitir um juízo e para isso deverá necessariamente modelar a intervenção para analisar as hipóteses causais e as de intervenção (50).

Na análise da produção estudam-se as relações entre o volume e a qualidade dos serviços produzidos e os recursos utilizados na sua produção. Ela inclui dois tipos: a análise da produtividade e a análise da qualidade. A análise da produtividade tem por objeto a relação entre o volume de serviços produzidos e os

recursos utilizados. A análise da qualidade tem por objeto várias características dos serviços produzidos, entre os quais, qualidade técnica, a qualidade interpessoal, a acessibilidade, a pertinência, a intensidade, a continuidade e a globalidade. Além disso a análise da produção se interessa também pelos determinantes organizacionais mais amplos da produtividade e da qualidade (51).

A análise dos efeitos por sua vez, examina as relações causais entre uma intervenção e seus efeitos, tratando-se da mais clássica e amplamente utilizada. O conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção, ou seja, a relação de causalidade entre serviços e os efeitos são os interesses dessa análise, diferentemente da apreciação normativa que por sua vez não examina essa relação e se limita a comparar os efeitos observados com os resultados esperados. Duas perguntas guiam a análise dos efeitos: “que efeito medir?” e “os efeitos observados resultam realmente da intervenção?”. Na análise dos efeitos é essencial certificar-se de que os efeitos medidos estão realmente associados à intervenção, essa análise está diretamente ligada à relação de causalidade (52).

Quanto à análise da eficiência, a avaliação econômica permite determinar as alocações ótimas em um campo em que os recursos são raros e as leis do mercado não são um meio de regulação desejável. Ela relaciona os custos e os efeitos de diferentes intervenções de modo a determinar que alocações sejam mais eficientes, e a eficiência torna-se, então, o critério principal de alocação dos recursos (53).

A análise da implantação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação. Tem por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção, aprecia o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças. Por implantação entende-se a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (54).

A avaliação tem várias dimensões, a primeira é uma dimensão cognitiva posto que objetive produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas. Outra dimensão é dita normativa, quando visa emitir um juízo de valor. Também existe uma dimensão dita instrumental uma vez que seu propósito é a melhoria de uma situação. Finalmente, a avaliação tem uma dimensão democrática, pois se propõe a promover debates, uma vez que a própria negociação do processo de avaliação é em si fonte de mudança (46).

As finalidades de uma avaliação são numerosas, oficiais ou não, explícitas ou não, consensuais ou não, compartilhadas pela maioria dos atores envolvidos ou por alguns deles. Entre as finalidades oficiais, distinguem-se: a estratégica, a qual auxilia no planejamento e na elaboração de uma intervenção; a formativa, que fornece informações para melhorar a intervenção no curso da atividade; a somativa, que determina os efeitos de uma intervenção para decidir se a mesma deve ser mantida, transformada ou interrompida; a transformadora, que utiliza o processo de avaliação como alavanca para transformar uma situação injusta ou problemática e finalidade fundamental, que contribui para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção, assim como para a construção e validação de normas (46).

Considerando as abordagens metodológicas desse campo de práticas, há um crescente consenso que defende que tantas diferenças encontradas nas mesmas se dão pela dependência entre os diversos objetos e circunstâncias (55). Devido sua diversidade metodológica, de combinação de métodos, de desenhos quantitativos e qualitativos nos estudos avaliativos, torna-se fundamental que haja uma integração coerente de métodos com as questões, objetos e propósitos do estudo avaliativo, defende Hartz (1999) (56). Na seleção do método e técnicas de coleta de dados é importante considerar o potencial de obtenção de informações úteis para os tomadores de decisão e demais envolvidos com o processo de avaliação (57).

A diversidade de abordagens existentes para a avaliação encontrada na bibliografia especializada sobre o tema, diz respeito com sua relação com a polissemia conceitual. É constatação recorrente que cada autor que escreve sobre o tema propõe uma nova matriz (framework) ou modifica aquelas preexistentes com variações, ou acrescenta novos atributos dos programas a serem avaliados ou definem de forma diferente termos antigos. A multiplicidade de formas de definir as abordagens, dimensões e atributos para a avaliação refletem em alguma medida, as escolhas teóricas dos autores. Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões (55).

Com o objetivo de sistematizar possibilidades de desenhos metodológicos avaliativos para orientar escolhas práticas, Hartz (2005) sugere uma classificação das estratégias possíveis em estruturadas ou “prontas para usar” e semi-estruturadas ou “sob medida”. Entre as estratégias estruturadas podem ser incluídos

os clássicos desenhos experimentais, os quase-experimentais e mesmo alguns considerados como não experimentais (55).

A escolha da estratégia relaciona-se com a delimitação do foco e da construção do objeto de avaliação. Os desenhos epidemiológicos têm sido usados para avaliação em saúde e podem ser considerados como estruturados. A avaliação de cobertura e de utilização de serviços impõe a quantificação e o desenho de estudos estruturados. Já os pouco estruturados geralmente são estudos de caso que, a depender dos níveis de análise e profundidade, podem se valer de métodos qualitativos para seu desenvolvimento. Nas análises de implantação a resposta à pergunta acerca das relações entre o grau de implantação e os contextos políticos e organizacionais, por exemplo, requer a realização de análises históricas, entrevistas em profundidade e a elaboração dos modelos teóricos causais (55).

O julgamento adequado sobre o valor de uma intervenção requer muitas vezes a mobilização de diferentes estratégias metodológicas, visita ao conhecimento anteriormente produzido e desenvolvimento teórico-conceitual. A avaliação pode produzir julgamento de valor extremamente útil para a melhoria das intervenções em saúde, para essa finalidade pode e deve mobilizar as estratégias e técnicas necessárias da epidemiologia e das ciências humanas, sem preconceito e sem interdições (55).

As relações entre pesquisas avaliativas e a avaliação normativa e suas diferentes concepções, são elementos para debates entre os pesquisadores e gestores interessados nessa temática. As diferentes concepções sobre a ciência, as diversas tradições teóricas e metodológicas são responsáveis por disputas no interior do espaço da avaliação. Essa ambiguidade pode, em dado momento, ocultar o desejo de gestores de legitimar as avaliações administrativas, atribuindo-lhe um selo de cientificidade e, por outro lado, a vontade dos pesquisadores de publicar suas avaliações normativas em periódicos de divulgação científica (55).

Diante da diversidade de opiniões e enfoques encontrados no campo da avaliação, um esforço deve ser apreendido na identificação de qual o desenho de avaliação ou de pesquisa avaliativa se mostra pertinente aos objetivos traçados para a mesma.

Assim, identifica-se que, para a avaliação da cobertura e de utilização de serviços, desenhos epidemiológicos têm sido usados para avaliação em saúde por serem considerados estruturados (55). A adoção de método científico robusto,

conduta rigorosa na coleta de dados, discussão científica e potencial utilidade dos resultados, se mostra pertinente para a defesa dos achados encontrados em pesquisas avaliativas que utilizam a abordagem epidemiológica.

Diante da diversidade de opiniões e enfoques, o conceito de avaliação que parece mais pertinente à conduta e aos objetivos propostos no presente estudo é o de que avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou de qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para tanto, a adoção de método científico robusto, conduta rigorosa na coleta de dados, discussão científica e utilidade dos resultados, nos parece pertinente para a defesa dos achados, considerando esse estudo como sendo uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa, baseada na epidemiologia.

2.3.1 Avaliação da Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade é relativo e complexo. Em termos gerais, a qualidade pode definir-se com um conjunto de características de um bem ou serviço que buscam satisfazer as necessidades e expectativas do usuário ou cliente (36).

Qualidade significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Existem diferentes perspectivas para a qualidade dos cuidados de saúde. Do ponto de vista do provedor, qualidade pode significar oferecer o melhor atendimento possível à disposição do paciente. Qualidade a partir da perspectiva do administrador é fornecer cuidados eficazes em um ambiente de custo-consciente, que pode incluir o racionamento de saúde/cuidado, especialmente quando os recursos são limitados. Do ponto de vista do paciente, por outro lado, a qualidade está focada no cuidado quando e onde ele precisa e de quem será escolhido para curar a condição da maneira mais rápida possível. Portanto, percebe-se rapidamente que a qualidade em saúde tem significados diferentes para atores diferentes. Então, o que é qualidade? E como podemos defini-la? (54).

Segundo Donabedian (1966), a qualidade da atenção médica é uma ideia extraordinariamente difícil de definir, ele aponta que em uma revisão de estudos

sobre qualidade encontrou certa repetibilidade assustadora de conceitos, abordagens e métodos básicos (48).

Starfield (2002) defende que a qualidade da atenção à saúde é uma redefinição sucessiva do inalcançável. Isto é, uma vez atingido determinado padrão de qualidade, surgirá sempre a exigência de um patamar superior a ser alcançado, sendo impossível estabelecer padrões normativos absolutos para a qualidade que seja invariável no decorrer do tempo, sendo assim os padrões de qualidade devem ser necessariamente atualizados (5).

Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se a complexidade do sistema de saúde e da sociedade, que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde, tais como usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços, entre outros, devem ser considerados na definição da qualidade esperada (59). Nesta perspectiva, é preciso considerar também que o trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas relações entre sujeitos (60).

Segundo Lohr (1990), qualidade em saúde é o grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual (61). Já para Donabedian (1985), a qualidade é definida como o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes (62).

Lohr (1990) informa ainda que mais de 100 definições de qualidade dos cuidados (ou conjuntos de parâmetros a se considerar na definição) foram coletados a partir da literatura relevante sobre o tema. Uma análise para cada definição e para cada termo utilizado e suas combinações (como o paciente contra o consumidor ou cliente), foram analisados e, a partir destas informações e com um debate considerável, uma definição de consenso foi elaborada sobre a qualidade do atendimento, quer seja: a qualidade do atendimento é o grau em que aumentam os serviços de saúde para indivíduos e populações a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Assim, os cuidados prestados devem refletir o uso adequado do conhecimento mais atual sobre elementos científicos, clínicos, tecnológicas, interpessoais, manuais, cognitivas, organizacionais e de gestão de cuidados de saúde (63).

A avaliação da qualidade em saúde parte de parâmetros ou atributos que vão servir de referência para a definição de qualidade e a construção dos instrumentos a

serem utilizados na avaliação. Donabedian (1966) defende que, antes de emitir um juízo sobre a qualidade, é necessário entender a interação do paciente com o médico e o desempenho deste no processo de prestação de cuidados. Uma vez que se tenham os elementos do processo e suas inter-relações, seu valor pode ser julgado em termos de sua contribuição para o alcance de metas intermediárias e finais (48).

Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual Donabediano. Esse referencial apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico; que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado; e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade. Esses atributos são conhecidos como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade, assim, para entender melhor a qualidade é necessário conhecer os seus atributos (40; 48; 62; 64).

Os principais atributos da qualidade podem ser definidos segundo o quadro a seguir:

Quadro 3: Atributos da qualidade e sua definição

Atributos da Qualidade	Definição
Eficácia	Capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. Isto é, ele pode funcionar?
Efetividade	Capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”. É a relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?
Eficiência	Relação entre o impacto real e o custo das ações. Ou seja, o programa ou serviço vale a pena funcionar dado os recursos empregados?
Equidade	Princípio que rege o que é o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios
Acesso	Remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis. Relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde.
Adequação/cobertura	Suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda. Mede a proporção da população que se beneficia do programa.

Aceitação	Fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais e sociais e as expectativas dos usuários e familiares.
Legitimidade	Grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade, como um todo, dos serviços ofertados.
Otimização	Máximo cuidado efetivo obtido pelo programa. Ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos.
Qualidade técnico-científica	Aplicação das ações de acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

Fonte: Adaptado de Donabedian 1990 e Vuori 1991 (62; 64).

A seleção de um único atributo da qualidade não é suficiente se considerarmos a complexidade que tem os programas e serviços de saúde. Para caracterizá-los como de boa ou má qualidade é necessária a escolha de uma gama desses atributos. Um serviço pode ser efetivo, mas não ser eficiente, tornando a implantação inviável. Da mesma forma, um serviço pode ser eficiente, mas ter baixa aceitabilidade da população (4).

A atribuição de valor de uma intervenção poderá variar de acordo com o padrão de qualidade utilizado, portanto, é importante utilizar padrões validados, o que legitima o julgamento. Para julgar o valor ou qualidade de uma intervenção, temos que comparar os aspectos encontrados com alguma “coisa”, para tanto utilizamos normas, critérios e padrões. O padrão é a declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal (35).

A abordagem baseada no modelo sistêmico é observada nos aspectos de estrutura, processo e resultado. Esses podem ser assim definidos (48):

- Estrutura: representa características relativamente estáveis no sistema (recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, insumos e normatização do serviço);
- Processo: determina como o sistema realmente funciona (atividades realizadas pelos serviços de saúde);
- Resultado: mudanças observadas no estado de saúde, comportamentos da população-alvo, etc.

Para Contandriopoulos e colaboradores (1997), a abordagem estrutural trata de saber “em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados”. Em relação ao processo, trata-se de saber “em que medida os serviços de saúde são adequados para atingir os resultados esperados”. A apreciação dos resultados busca saber “se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir” (39).

Esse modelo de avaliação é amplamente difundido na área, apesar de críticas que consideram alguns argumentos, tais como: nem sempre uma boa estrutura conduz a um bom processo, que, por sua vez, não conduz a um bom resultado. Além disso, considera como pertencentes a aspectos de estrutura fenômenos de natureza distinta, como recursos humanos, materiais e financeiros (64).

Na área da saúde o modelo sistêmico proposto por Donabedian (1966) é eminentemente focado nas ações curativas, essa característica pode apresentar algumas dificuldades para ser utilizado em modelos de atenção pautados no cuidado e outras intervenções (48) a exemplo dos cuidados prestados na APS e na ESF que tem sua clínica centrada na pessoa e na comunidade e não em órgãos, sistemas e na doença (59).

Starfield (2002) baseada no referencial Donabediano propôs um modelo para avaliar os serviços de APS. A autora considera que a qualidade da atenção pode ser vista tanto de uma perspectiva clínica quanto populacional e refere a necessidade de abordagens distintas uma vez que a preocupação da medida da qualidade difere de acordo com a perspectiva adotada. A partir da perspectiva clínica, a preocupação esta centrada no impacto do trabalho dos profissionais sobre a saúde dos seus pacientes. A partir de uma perspectiva populacional, preocupa-se no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e na redução das disparidades em saúde entre os subgrupos populacionais (5).

Frias e colaboradores (2010) defendem que, embora pesem as limitações do modelo sistêmico, este ainda é o referencial teórico mais utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, por causa de sua utilidade e simplicidade. Ademais, toda teoria apresenta limitações, não conseguindo apreender toda complexidade dos aspectos relacionados às ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real (4).

No Brasil, muito esforços foram apreendidos para a institucionalização da avaliação com vistas à melhoria da qualidade da APS. Um dos primeiros impulsos no sentido de sistematizar o trabalho com o tema qualidade em saúde no âmbito da APS em nosso país foi em 2005 com o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ). Desenvolvido por uma equipe interna do DAB/MS e de consultores externos da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério de Saúde de Portugal – IQS, Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira – IMIP, e Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (65).

O projeto AMQ foi responsável por pesquisar, selecionar e testar metodologias que introduzissem e aprimorassem a qualidade da APS no Brasil. Inspirado no MoniQuOr (Instrumento de avaliação e monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal), o AMQ é composto de 300 padrões de qualidade subdivididos em cinco instrumentos de auto-avaliação dirigidos à gestão e às equipes (secretário municipal de saúde, coordenador da SF, responsável pela unidade de saúde da família, equipes I e II) e de um aplicativo digital para montagem de um banco de dados com as respostas de cada momento avaliativo e acesso a relatórios comparativos que subsidiam a autogestão da melhoria da qualidade da ESF (65).

À semelhança do projeto AMQ, a proposta Melhoria Contínua da Qualidade – MCQ também foi cunhada a partir de significativas contribuições do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal – IQS. Na MCQ pressupõe-se que nada é tão bom que não possa ser melhorado; e que sempre é possível aprimorar a qualidade através de determinados processos de melhoria (66).

O Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) foi instituído em 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil (67).

O PMAQ/AB está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social (67).

A segunda fase do PMAQ/AB consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional (67).

A ferramenta Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- AMAQ foi construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do *MoniQuor*, *PCATool* e *Quality book of Tools*. Esta ferramenta não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definir o instrumento ou ferramenta que melhor se adequa à sua necessidade e realidade (68).

A terceira fase do Programa consiste na Avaliação Externa, conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. Essa fase subdivide-se em duas dimensões: a Certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ/AB e a Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços (67).

Todo o processo de avaliação externa do PMAQ/AB é conduzido por Instituições de Ensino conveniadas com o Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos, sendo a doutoranda autora dessa tese responsável pela coordenação desse

processo no âmbito do Distrito Federal, fazendo parte do consórcio liderado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Paralelamente à implantação da PMAQ/AB, foi realizado um censo para verificar as condições de infraestrutura de todas as unidades básicas de saúde no território nacional. As informações provenientes dessa pesquisa censitária fazem parte dos resultados apresentados nessa tese.

A quarta fase do PMAQ/AB constitui o processo de reconstrução que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa (67).

O PMAQ/AB por meio de seus instrumentos, permite uma avaliação basicamente dos aspectos de estrutura e , em alguma medida alguns indicadores de resultados. Para a avaliação dos atributos da APS deve-se usar instrumentos mais específicos para esse fim, como é o caso do Primary Care Assessment Tool (PCATool).

2.3.2 O PCATool: instrumento de avaliação da APS

O Primary Care Assessment Tool (PCATool) é um instrumento desenvolvido pelo The Johns Hopkins Primary Care Policy Center para medir a extensão e qualidade dos serviços de cuidados primários em um provedor, designada pelos consumidores, como a sua principal fonte de cuidados gerais e consistente com o foco em atributos da atenção primária que foram demonstradas para produzir melhores resultados do cuidado com menor custo. A “família” dos instrumentos inclui pesquisa comum responsável pelas crianças usuárias de um serviço (Child Consumer), por usuários adultos (Adult Consumer), por profissionais de saúde (Provider Survey) e por gestores (Facility Survey). Todas as pesquisas são baseadas em respostas autorreferidas dos pacientes ou fornecedores (69).

O PCATool foi desenvolvido com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966) e mede os aspectos da

estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços de saúde (48), por meio da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS (69). Malouin e colaboradores (2009) em revisão da literatura, analisaram instrumentos para medir cuidados primários considerando a cobertura populacional, formato, teste de validade e confiabilidade e inclusão dos atributos de atenção primária. Os autores apontaram que este tem sido o principal instrumento para avaliação da APS e que o mesmo se mostra pertinente pois garante uma medida específica dos serviços associados aos quatro principais atributos da APS, bem como todas as outras dimensões: dos usuários, dos profissionais e gestores, é por isso que é considerado melhor nque outros instrumentos (70).

Em estudo desenvolvido por Fracolli e colaboradores (2014), uma revisão seguida de metassíntese, identificou-se os instrumentos que avaliam a APS no mundo. Dos instrumentos identificados, oito são validados: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde) e PCATool (Primary Care Assessment Tool). Os pesquisadores observaram que a maior parte dos instrumentos são utilizados internacionalmente, sendo que no Brasil os mais utilizados são o PCATool e o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP). Concluíram que o PCATool é o mais utilizado e o instrumento que mais se aproxima da proposta de avaliar a APS e dar subsídios para a qualificação da Saúde da Família, pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; e a competência cultural, indo ao encontro da proposta da Política Nacional de Atenção Básica Brasileira, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (71).

Segundo Harzhein e colaboradores (2013) o PCATool é embasado no marco teórico da APS e foi desenvolvido com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. Originalmente, o instrumento versão usuários adultos contém 92 itens divididos entre sete atributos da APS com escala Likert variando de '1 = com certeza não' a '4 = com certeza sim'. A partir da média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se um escore para cada atributo e também o Escore Essencial e o Escore Geral de APS (72).

O Escore Essencial é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o grau de afiliação do usuário com o serviço. O Escore Geral é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação do usuário com o serviço. Alguns atributos são formados por mais de um componente, por exemplo, o atributo acesso de primeiro contato é formado pelo componente 'acessibilidade' e pelo componente 'utilização' (73). Os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento (74).

Hauser e colaboradores (2013) apontam que o PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, incluindo o Brasil, a Espanha, o Canadá, a Coreia do Sul, Hong Kong e a Argentina. Está em fase de tradução e adaptação em Porto Rico e no Uruguai e vem sendo utilizado na Nova Zelândia e em Taiwan. (75).

O instrumento do PCATool para crianças originalmente é formado por 77 perguntas (itens) sobre os sete atributos da atenção primária à saúde. Alguns atributos são formados por subdimensões, como acesso (primeiro contato e utilização), integralidade (serviços recebidos e serviços disponíveis) e coordenação (sistema de informação e fluxo de usuários). O PCATool-Brasil criança pode constituir-se em uma estratégia de avaliação e acreditação dos serviços em direção à atenção primária à saúde de qualidade (76).

O instrumento original do PCATool para profissionais de saúde é constituído por 124 itens, sendo 5 itens específicos sobre o cuidado com as crianças, os quais são respondidos somente pelos profissionais que atendem crianças. Os itens desse instrumento estão distribuídos nos quatro atributos essenciais da APS, sendo que os três atributos derivados da APS também estão contemplados, possibilitando a avaliação da Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Cada atributo essencial é constituído por dois componentes, um relacionado à estrutura e o outro ao processo de cuidado. O PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde (75).

O PCATool-Brasil versão usuários é um instrumento de avaliação da orientação à APS, composto por 86 itens, sendo 3 itens que medem o grau de

afiliação do usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos da APS: Primeiro Contato; Utilização e Acesso; Longitudinalidade; Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados); Coordenação (Cuidado e Sistema de Informações); Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Esse instrumento pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS, mesmo considerando as diferenças regionais e o extenso número de itens (72).

Considerando que a 'Orientação para a APS' é uma informação de extrema relevância para auxiliar gestores da saúde na tomada de decisão para a organização dos serviços, relevante foi o desenvolvimento e a estruturação de uma versão reduzida do PCATool-Brasil adulto. Uma versão reduzida em itens possibilita que essas informações possam ser periódica e sistematicamente obtidas junto aos usuários dos serviços de APS, configurando um conjunto de painéis longitudinais do grau de orientação à APS dos serviços (77).

Oliveira e colaboradores (2013) ao avaliar a correlação entre os escores da versão reduzida e da versão completa, observaram que os escores estão correlacionados de forma positiva, o que indica que, a partir dessa versão reduzida do instrumento, pode-se seguramente avaliar os serviços de APS (77).

A versão reduzida do PCATool-Adulto-Brasil (ANEXO A) é composta por vinte e três itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS. São eles: Afiliação, Utilização, Acesso – Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis e Prestados, Enfoque Familiar e Orientação Comunitária. A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS, porém não permite a avaliação segundo atributos (78).

Em estudo recente, D'Avilla e colaboradores (2017) apresentaram uma revisão integrativa da literatura sobre o uso do PCATool como instrumento de avaliação dos serviços de APS, discutindo os resultados encontrados no Brasil e nas versões adaptadas e validadas em outros países, a partir da matriz inicial concebida pela equipe da Professora Bárbara Starfield (79).

De uma maneira geral, os autores concluíram que esse instrumento permite a avaliação de serviços de saúde a partir da perspectiva do usuário, observando a

extensão dos atributos da APS nos serviços avaliados, que o mesmo tem sido utilizado em todo o mundo a partir de diferentes versões validadas para contextos locais e, que além disso, apresenta simplicidade quanto ao uso/aplicação e cálculo dos escores, que o torna útil e adequado para utilização na gestão local dos serviços. Ratificaram ainda que as versões reduzidas se mostraram competentes para avaliar a APS e representam mais uma ferramenta importante para as gestões locais (79).

Esse achado atual corrobora com as observações de Oliveira e colaboradores (2013) que apontam que há uma enorme necessidade de avaliações rápidas e sistemáticas dos serviços de APS no Brasil, para que ajustes e/ou melhorias possam ser implementados, minimizando o impacto dessas fragilidades da APS em outros níveis do sistema (77).

2.3.3 Referencial conceitual/metodológico adotado no presente estudo

Nesse estudo o referencial conceitual da avaliação, em especial a “pesquisa avaliativa” foi usado para análise de estrutura, utilização e qualidade da atenção. A pesquisa avaliativa depende de um método científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção (46). Esses estudos se valeram de métodos epidemiológicos adequados à cada um dos objetivos propostos, sendo a APS no DF vista como a intervenção, no âmbito dessa tese.

Além disso, o referencial conceitual da “avaliação da qualidade”, foi usado para análise da estrutura (cobertura potencial) a qual se valeu do instrumento do PMAQ/AB, programa que busca contribuir para a ampliação do acesso e para a melhoria da qualidade da APS. (67). Esse mesmo referencial foi utilizado para a avaliação da atenção recebida na APS na perspectiva da experiência de utilização dos seus usuários, por meio do instrumento PCATool. Esse instrumento tem em sua concepção, aspectos com base em indicadores de estrutura e processo, os quais são abordados em cada atributo essencial que é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado

pelo atributo acesso de primeiro contato formado pela componente acessibilidade (estrutura) e pela componente utilização (processo). (73)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal segundo indicadores selecionados de estrutura, utilização e qualidade.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar indicadores de estrutura da APS no Brasil e Unidades da Federação.
[ESTUDO1 – artigo 1]

Descrever o perfil de utilização de serviços de saúde e identificar fatores associados à preferência de primeira escolha pela APS da população adulta no Distrito Federal.
[ESTUDO 2 – artigo 2]

Avaliar a qualidade da APS e analisar sua associação com o tipo de organização dos serviços de APS, na perspectiva dos usuários adultos no Distrito Federal.
[ESTUDO 2 – artigo 3]

4. METODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa (epidemiológica) com dois delineamentos, a saber:

ESTUDO 1 [Artigo 1]

Censo de estrutura das Unidades Básicas de Saúde no Brasil [DF].

ESTUDO 2 [Artigos 2 e 3]

Inquérito por telefone amostral de base populacional no DF.

O detalhamento do método utilizado em cada estudo esta descrito nos artigos que fazem parte da seção Resultados e Discussão da presente tese.

4.1. ESTUDO 1 - CENSO DE ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL E DISTRITO FEDERAL [ARTIGO 1].

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal tipo censo, que coletou dados de estrutura das UBS do DF (dados primários). Este censo foi inserido na avaliação externa do Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) realizada por quarenta e uma Instituições de Ensino Superiores (IES) brasileiras e lideradas por seis delas⁴.

Um dos centros de estudo do PMAQ/AB é o Distrito Federal, o qual foi realizado pela área de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (MDS/FM/UnB), coordenado pela doutoranda autora dessa tese.

População e unidade de análise

Foram estudadas todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizadas na zona urbana e rural nos 5570 municípios do Brasil, incluindo o Distrito Federal. As unidades de análise do presente estudo são as equipes de atenção básica vinculadas a essas UBS.

⁴IES que lideraram a Avaliação Externa do PMAQ/AB: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Procedimentos de coleta de dados e período de estudo

A coleta de dados no Brasil ocorreu entre os meses de junho de 2012 e março de 2013, com cerca de 1000 entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação. No DF, essa coleta ocorreu no período de junho a julho de 2012. Foram realizadas seleção e capacitação dos entrevistadores e supervisores e o trabalho de campo foi conduzido segundo a realidade local das UF em esquemas de mutirão e dispersão - a depender da localidade da UBS: se rural ou urbana; respectivamente.

O instrumento de coleta de dados da avaliação externa do PMAQ-AB que foi utilizado para a realização do estudo censitário nas UBS foi o Módulo I – Observação na Unidade de Saúde (UBS), instrumento composto de 21 dimensões e 501 variáveis.

As informações sobre a estrutura do serviço para o desenvolvimento desse estudo foram obtidas por meio da aplicação do Módulo I – Observação na UBS⁵ relativa à disponibilidade no serviço dos seguintes insumos/materiais: sinalização externa, acessibilidade para portadores de necessidades especiais – PNE, identificação visual, sinalização interna, horários de atendimento, veículo para apoiar atividades externas, tipo de equipe, composição da equipes, acolhimento, realização de consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia, realização de curativos, realização de vacinação e realização de curativos e vacinação.

Análise de dados

A partir das variáveis selecionadas, foram estimados indicadores de cobertura (%) para o Brasil e para cada Unidade Federada, metodologia de análise detalhada no artigo 1.

⁵O Instrumento na íntegra do Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde encontra-se disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>.

As tabulações, figuras e análises foram realizadas com auxílio dos programas Microsoft Office Excel 2007 e *Statistics Data Analysis* (Stata) versão SE 11.2.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, sob o nº 089/12 CEP/FM/UnB (ANEXO B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Pelotas sob o nº 038/12 CEP/FAMED/UFPEL (ANEXO C).

O detalhamento do estudo esta descrito no artigo correspondente (1).

4,2 ESTUDO 2– INQUÉRITO POR TELEFONE AMOSTRAL DE BASE POPULACIONAL NO DF [ARTIGOS 2 E 3].

Tipo de estudo

Trata-se de um inquérito amostral de base populacional com coleta de dados por meio de telefone. Este inquérito está se valendo da logística já instalada do Sistema Vigitel Brasil - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico (80). No entanto, vale destacar que os dados utilizados neste estudo são dados primários, coletados especificamente para atender aos objetivos do presente estudo [Artigos 2 e 3].

O detalhamento de cada um dos estudos esta descrito nos artigos correspondentes (2 e 3).

População de estudo e amostra

Importante esclarecer que a primeira etapa da amostragem do Sistema Vigitel consiste no sorteio de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas). No ano de 2015, a partir dos cadastros telefônicos das quatro maiores empresas (Oi, GVT, Telefônica e Embratel/Claro) servindo as 26 capitais e o Distrito Federal, foram inicialmente sorteadas 135 mil linhas telefônicas (5 mil por cidade, compondo 25 réplicas). Para conseguir alcançar o número mínimo de cerca de 2 mil entrevistas em cada capital foram utilizadas, em média, 21,5 réplicas por cidade, variando entre 18 réplicas em Belo Horizonte e 25 réplicas em Belém e Manaus (80). No Distrito Federal foram utilizadas 21 réplicas

A segunda etapa da amostragem do Vigitel consiste no sorteio de um dos adultos (≥ 18 anos de idade) residentes no domicílio sorteado. Essa etapa é executada após a identificação, entre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema. Não são elegíveis para o sistema as linhas que: correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. No ano de 2015, no conjunto das 26 capitais e do Distrito Federal, o Vigitel fez ligações para 116 mil linhas telefônicas distribuídas em 580 réplicas, identificando 76.703 linhas elegíveis. Ao final, foram completadas 54.174 entrevistas, o que indica uma taxa de sucesso do sistema de 70,6%, variando entre 69,0% no Rio de Janeiro e 72,6% em Palmas

O Vigitel é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), contando com apoio técnico dos pesquisadores do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo

(Nupens/USP) e da UFMG. As entrevistas são realizadas por uma empresa especializada contratada (aproximadamente 40 entrevistadores, dois supervisores e um coordenador) a qual recebeu treinamento prévio e foi supervisionada durante toda operação do sistema pelos pesquisadores e técnicos responsáveis (80).

O presente estudo no DF, é coordenado pela doutoranda autora dessa tese com apoio da área de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (MDS/FM/UnB) e do Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. As entrevistas do presente estudo são também realizadas pela mesma empresa especializada contratada para a realização do Vigitel.

População de estudo e amostra do Artigo 2: A população de estudo é composta por adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa no DF em 2015. Foram entrevistados dois mil e sete indivíduos adultos no DF no ano de 2015. A amostra nessa etapa do estudo de avaliação do DF (chamaremos de Vigitel-avaliação) praticamente coincide com a mesma estabelecida pelo Sistema Vigitel (chamaremos Vigitel-nacional) para o DF. O tamanho amostral previsto ($n=2.000$) e, em consequência o realizado ($n=2007$) permite estimar as prevalências próximas a 50% dos indicadores investigados para a população fonte do estudo, com intervalos de confiança de 95% (IC95%) e erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais. Para o estudo apresentado no artigo 2 a amostra foi de 2003 indivíduos adultos no DF no ano de 2015, que também responderam as questões sobre utilização de serviços.

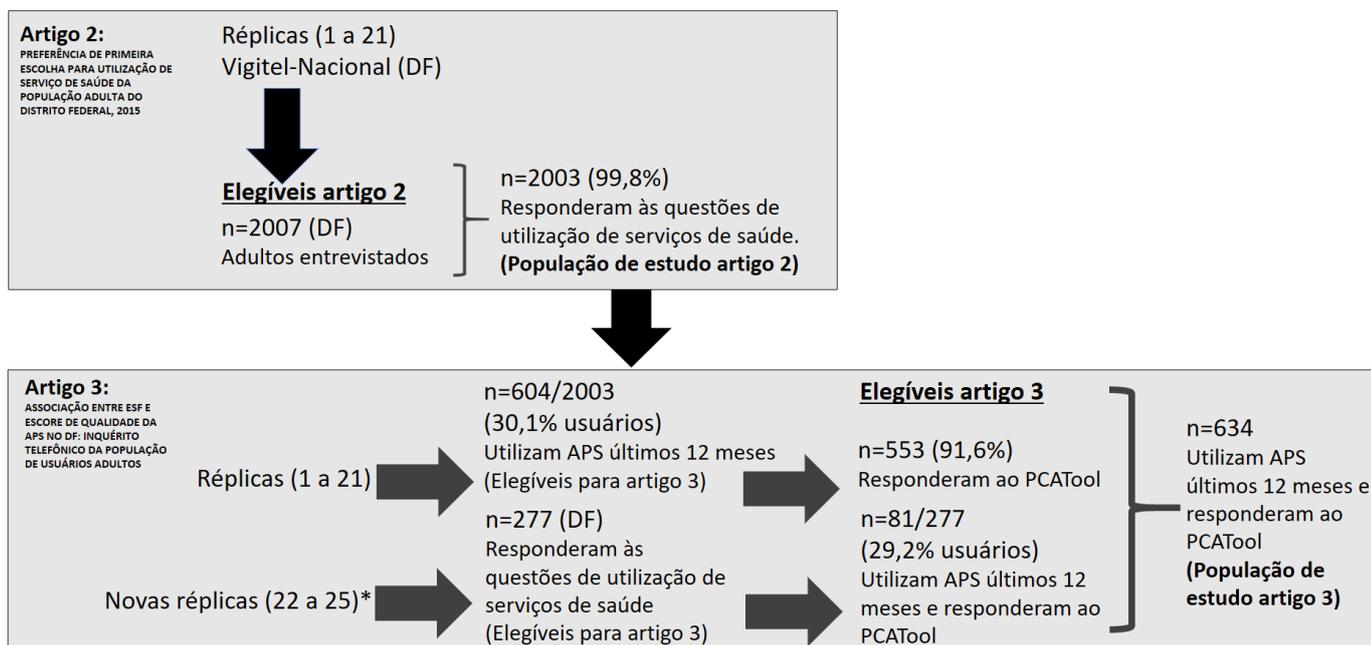
População de estudo e amostra do Artigo 3: População de estudo e amostra: Adultos maiores de 18 anos de idade residentes em domicílios servidos por, pelo menos, uma linha telefônica fixa no Distrito Federal em 2015, que responderam que utilizaram os serviços de Atenção Primária à Saúde no DF nos últimos 12 meses. Estimava-se entrevistar nessa amostra (ou sub-amostra do Vigitel) 800 indivíduos adultos no DF no ano de 2015. Este tamanho amostral ($n=800$) foi o inicialmente desejado para garantir as prevalências próximas à 50% dos indicadores investigados para a população fonte do estudo com intervalos de confiança de 95% (IC95%) e erro de amostragem máximo de cerca de sete pontos

Neste estudo, novas réplicas amostrais foram utilizadas para alcançar o tamanho amostral desejado no DF.

Quanto às novas réplicas, devido limitações orçamentárias e os prazos exigidos para término da coleta de dados foram possíveis a reabertura de mais 4 novas réplicas para o DF. Esse procedimento foi adotado no intuito de atingir o tamanho amostral inicialmente desejado para o presente estudo, porém, mesmo com as novas réplicas, o número de entrevistas alcançado para a amostra (Vigitel-avaliação) foi de 634 indivíduos adultos no DF no ano de 2015 que referiram o uso de serviços de APS no DF nos últimos 12 meses. Desses indivíduos, 561 utilizaram serviços de APS públicos.

A representação esquematizada a seguir contribui para a compreensão das amostras utilizadas nesse estudo para os dois artigos referidos:

Esquema 1: Fluxo da amostragem do Vigitel-nacional e Vigitel-avaliação para o Distrito Federal, 2015.



* Novas réplicas tiveram a finalidade de completar a amostra do Artigo 3(ASSOCIAÇÃO ENTRE ESF E ESCORE DE QUALIDADE DA APS NO DF: INQUÉRITO TELEFÔNICO DA POPULAÇÃO DE USUÁRIOS ADULTOS)

Réplicas amostrais: Em ambos os casos (artigos 2 e 3), as amostras são probabilísticas e distribuídas em réplicas ou subamostras, contendo cerca de 200 linhas telefônicas cada (80). As réplicas possuem cerca de 25% de linhas telefônicas não elegíveis para a pesquisa, como linhas comerciais, linhas que não respondem a

seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. Uma vez que a amostra de adultos entrevistada no presente estudo é extraída a partir do cadastro das linhas telefônicas residenciais existentes no DF, ela só permite, rigorosamente, inferências populacionais para a população adulta que reside em domicílios cobertos pela rede de telefonia fixa. O sistema Vigitel nacional utilizou, no Distrito Federal em 2015, 21 réplicas ou subamostras, contendo cerca de 200 linhas telefônicas cada (80).

Para este estudo, conforme já referido, foram coletadas réplicas em duas fases distintas: as réplicas do Sistema Vigitel (Vigitel-nacional: réplicas 01 a 21), para reentrevista, que constituíram a Fase 1 de coleta de dados. Além destas, novas réplicas foram utilizadas exclusivamente para esse estudo (Vigitel-avaliação: réplicas 22 a 25) com o intuito de garantir uma amostra significativa. Cada réplica possui cerca de 25% de linhas não elegíveis para a pesquisa, como linhas comerciais, linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados.

Ponderação dos resultados: Devido à limitação originada na estratégia amostral, para a análise de dados, pesos (ponderações) deverão ser atribuídos para corrigir diferenciais de captação de estratos populacionais devido aos diferenciais de cobertura de telefonia fixa e taxas de não participação dentro do DF. Quando os dados individuais deste inquérito populacional são utilizados sem pesos, todos os indivíduos estudados contribuem da mesma forma para as estimativas geradas pelo inquérito. Este procedimento se aplica quando cada indivíduo estudado tenha tido a mesma probabilidade de ser selecionado para o estudo e quando as taxas de não cobertura do cadastro populacional empregado e as taxas de não participação no inquérito sejam iguais em todos os estratos da população. Quando essas situações não são observadas, como no presente estudo, a atribuição de pesos para os indivíduos estudados é recomendada e será então adotada (81). Esta é uma estratégia comumente utilizada no Vigitel e será adotada no presente estudo conforme brevemente descrito a seguir.

O peso atribuído inicialmente a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel em cada uma das 26 capitais e no DF leva em conta dois fatores. O primeiro desses fatores é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado.

Este fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ser selecionados para a amostra. O segundo fator é o número de adultos no domicílio do entrevistado. Este fator corrige a menor chance que indivíduos de domicílios habitados por mais pessoas tiveram de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral que permite a obtenção de estimativas confiáveis para a população adulta com telefone em cada cidade. O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado pelo sistema Vigitel, denominado pós-estratificação, objetiva a inferência estatística dos resultados do sistema para a população adulta de cada cidade (80).

Em essência, o uso deste peso iguala a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone a partir da amostra Vigitel em cada cidade à composição sociodemográfica que se estima para a população adulta total da mesma cidade no mesmo ano de realização do levantamento. As variáveis consideradas na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone são: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-29, 30-39, 40-59 e 60 e mais anos de idade) e nível de instrução (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo). O peso pós-estratificação de cada indivíduo da amostra Vigitel é calculado por um método que utiliza procedimentos iterativos que levam em conta sucessivas comparações entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica na amostra Vigitel e na população total da cidade (81).

Essas comparações culminam no encontro de pesos que, aplicados à amostra Vigitel, igualam sua distribuição sociodemográfica à distribuição estimada para a população total da cidade. A distribuição de cada variável sociodemográfica estimada para cada cidade é obtida a partir de projeções que levaram em conta a distribuição da variável nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e sua variação anual média (taxa geométrica) no período intercensitário. O peso pós-estratificação é empregado para gerar todas as estimativas fornecidas pelo sistema para cada uma das 26 capitais e o Distrito Federal e para o conjunto da população residente nas 27 cidades (80).

Assim, tanto o Vigitel-Nacional, como o conduzido no âmbito desse estudo, o qual chamamos de Vigitel-avaliação, incluem sujeitos de 18 anos de idade ou mais residentes nas capitais brasileiras e no DF, respectivamente, detentores de telefonia fixa. As amostras probabilísticas destes inquéritos permitem a expansão para toda a

população adulta (18 anos ou mais) das respectivas unidades federadas, mediante as correções de pesos pós-estratificação que visam reduzir o viés de seleção originado pela necessidade de telefonia fixa e pelo número de adultos no domicílio entrevistado e sua chance de ser sorteado.

Esta ponderação pós-estratificação permitiu conhecer, por exemplo, a pirâmide populacional esperada para os usuários da APS para o DF. Assim, no Vigitel-Avaliação, na sub-amostra de usuários de APS adultos do DF, foram ainda utilizados novos procedimentos de ponderação pós-estratificação (Método RAKE) para expansão das respostas amostrais para toda a população de usuários adultos do DF. Brevemente, esta metodologia atribui pesos pós-estratificação segundo a distribuição esperada de sexo, faixa etária e escolaridade para a correção das pirâmides populacionais de usuários de APS no DF.

Instrumento e procedimentos de coleta de dados

O estudo utiliza entrevista por telefone com base em um questionário estruturado (APENDICE A), que aborda:

i) Instrumentos utilizados no artigo 2:

- Condições sociodemográficas foram originadas das questões inseridas no instrumento utilizado nacionalmente pelo Vigitel 2015 (80);
- Preferência de primeira escolha para a utilização dos serviços de saúde foi originada de questões novas inseridas no instrumento Vigitel 2015 para o DF.

ii) Instrumentos utilizados no artigo 3

- Condições sociodemográficas foram originadas das questões inseridas no instrumento utilizado nacionalmente pelo Vigitel 2015 (80);
- Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde: Questões originadas do instrumento validado PCATool - Brasil, na sua versão adulto reduzida (77).

Análise de dados

Detalhamento da análise de dados desenvolvida está inserida em cada um dos artigos específicos. As tabulações, figuras e análises foram realizadas com auxílio dos programas Microsoft Office Excel 2007 e *Statistics Data Analysis* (Stata) versão SE 11.2.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (089/12 CEP/FM/UnB) e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde sob o número do parecer 355590/13.

5 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados em artigos científicos originais, a saber:

ARTIGO 1: Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais.

ARTIGO 2: Preferência de primeira escolha para utilização de serviço de saúde da população adulta do Distrito Federal, 2015.

ARTIGO 3: Associação entre Estratégia de Saúde da Família e escore de qualidade da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: uma pesquisa avaliativa com uso de inquérito telefônico.

5.1 ARTIGO: CENSO DE ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL (2012): ESTIMATIVAS DE COBERTURAS POTENCIAIS

Kátia Crestine¹

Lúcia Rolim Santana de Freitas²

Elisabeth Carmen Duarte¹

¹Universidade de Brasília, Área de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Brasília-DF, Brasil

² Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Artigo Original, publicado na revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 2, abr-jun 2017 (ANEXO D).

POCAS, KC; FREITAS, LRS; DUARTE, EC.

Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais.

Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2017, vol.26, n.2, pp.275-284.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200275&script=sci_abstract&tlng=pt

Resumo

Objetivo: estimar e discutir indicadores selecionados de estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2012. Métodos: estudo ecológico descritivo, com dados do censo das unidades de APS, etapa do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); indicadores de coberturas potenciais foram estimados para infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis. Resultados: os resultados evidenciaram altas coberturas ($\geq 70\%$) para agentes comunitários de saúde (87,6%), equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70%), com consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%); porém, coberturas ainda são incipientes ($\leq 30\%$) para equipes em unidades com sinalização externa adequada (25,4%), prestando atendimento nos finais de semana (28,4%) e contando com profissionais para acolhimento (10,4%). Conclusão: os achados deste estudo apontam para as grandes desigualdades de coberturas potenciais relativos aos indicadores de estrutura da APS entre as Unidades da Federação.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: to estimate and discuss selected indicators of Primary Health Care (PHC) structure in Brazil in 2012. Methods: a descriptive ecological study was carried out using Primary Health Care Centre census data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB); potential coverage indicators were estimated for infrastructure, health team composition and services available. Results: the results revealed high coverage ($\geq 70\%$) in Brazil for Community Health Agents (87.6%), teams providing care 5 days or more a week (71.4%), in 2 or more daily periods (70%), with nursing care services (70.9%) and dressing changes (70.4%); on the other hand, coverage is still poor ($\leq 30\%$) for teams in health centres with adequate external signage (25.4%), delivering care at the weekend (28.4%) and reception of service users by health professionals (10.4%). Conclusion: the findings of this study point to the great inequalities between Brazilian states in potential coverage as shown by APS structure indicators.

Keywords: Health Evaluation; Structure of Services; Primary Health Care.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde.¹ A APS é denominada como Atenção Básica (AB) no Brasil. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento da AB adequada às diversas realidades nacionais.¹ No Brasil, desde as últimas décadas, são identificadas várias iniciativas do Ministério da Saúde pela institucionalização da avaliação da AB.² Entre as mais recentes, encontra-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB),³ implantado em 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹ O primeiro ciclo do PMAQ-AB, cumprido em 2012, registrou a adesão de 70% dos municípios brasileiros e incluiu a realização de um censo de estrutura e organização dos serviços de AB em todo o território nacional.

A partir do marco conceitual de autoria de Bárbara Starfield,⁴ entende-se por um serviço provedor de APS quando este apresenta quatro atributos essenciais: i) Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde ii) Longitudinalidade iii) Integralidade iv) Coordenação da atenção Nesse contexto, o conceito de "qualidade" é relativo e complexo, e, em certa medida, exige redefinições sucessivas.⁴ Seu significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, cultural e do conhecimento científico acumulado por uma sociedade,⁵ em que diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde devem ser considerados.⁶ Grande parte dos estudos realizados nessa área tem-se baseado no referencial de Donabedian, que afirma ser a estrutura dos serviços um dos componentes de avaliação de qualidade, ou seja: dada uma boa estrutura, um bom atendimento é mais provável (embora não seja certo) de ocorrer.⁷

O presente estudo teve como objetivo estimar indicadores de estrutura da Atenção Básica – AB – no Brasil e Unidades da Federação (UF), no ano de 2012.

Métodos

Foi realizado estudo de avaliação de cobertura, mediante delineamento descritivo ecológico, cujas unidades de análise foram 5.543 (99,5%) municípios brasileiros (27 [0,5%] municípios recusaram participar do estudo) no ano de 2012. Os dados de base nacional foram obtidos do censo das unidades básicas de saúde (UBS), realizado no âmbito do PMAQ-AB. A coordenação nacional do projeto coube ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa de todo o país.³

A coleta de dados foi gerenciada por consórcios dessas instituições de ensino e pesquisa. Uma das instituições parceiras do consórcio coordenado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi a Universidade de Brasília (UnB), onde a coordenação do projeto no Distrito Federal foi encarregada à pesquisadora e primeira autora deste estudo. Equipes de supervisores e entrevistadores utilizaram instrumentos pré-testados de coleta de dados, constituídos por três módulos. O módulo I observou in loco aspectos relacionados às condições de infraestrutura das UBS (censo de estrutura). O módulo II caracterizou a organização dos serviços e o processo de trabalho, mediante entrevista com os profissionais de saúde. E o módulo III consistiu de entrevista com usuários, sobre sua satisfação quanto aos serviços de saúde da AB. A presente análise utilizou-se dos resultados do módulo I.

As variáveis de estudo, relacionadas a cada uma das equipes de AB envolvidas no censo, foram agregadas em três subdimensões: infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis.

I. Subdimensão de infraestrutura

Trata-se do número de equipes atuantes em UBS que possuem:

i) atendimento em 5 ou mais dias na semana, em 2 ou mais turnos, por 8 ou mais horas diárias, no horário do almoço, nos finais de semana e dispondo de veículo para apoiar atividades externas;

ii) acessibilidade 'adequada' para portadores de necessidades especiais (PNE), entendendo-se como tal uma calçada em boas condições, ou tapete, ou piso antiderrapante, ou piso regular, ou piso liso, ou rampa de acesso, ou corrimão, ou porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas;

iii) identificação visual 'adequada', entendendo-se como tal a divulgação de pelo menos um dos seguintes itens para os usuários:

- Participação no programa 'Saúde Mais Perto de Você';

- Horário de funcionamento;

- Listagem de ações; - ofertas de serviços;

- Escala dos profissionais;

- Telefone da Ouvidoria do Ministério da Saúde;

iv) sinalização interna 'adequada', com identificação dos serviços prestados; e

v) sinalização externa 'adequada', entendendo-se como tal a presença de totem externo com sinalização da unidade ou placa na fachada da UBS de acordo com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde.

II. Subdimensão de composição da equipe de AB

Trata-se do número de equipes, a saber:

i) equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);

ii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS) –;

iii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS – aos quais se somam profissionais dedicados ao acolhimento;

iv) equipes de AB parametrizadas, organizadas de maneira diferente às da ESF e que, para aderir ao PMAQ-AB, atendem um conjunto de parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde;³ e

v) equipes com outras configurações, ou seja, não organizadas como ESF e tampouco AB parametrizadas.

III. Subdimensão de serviços disponíveis

Trata-se do número de equipes com serviços selecionados de AB disponíveis, a saber:

- Consultas de enfermagem;
- Realização de curativos;
- Consultas médicas;
- Vacinação;
- Dispensação de medicamentos pela farmácia;
- Consultas odontológicas; e
- Acolhimento.

Foram estimados indicadores de cobertura (%) para o Brasil e cada UF. Neste estudo, o conceito de cobertura refere-se à cobertura potencial, conforme proposto por Soberón in Vieira-da-Silva, ou seja: cobertura correspondente à capacidade e possibilidade de oferta.⁸

A cobertura potencial foi estimada como o percentual da população que, potencialmente, seria coberta por um determinado serviço de AB, considerando-se a referência de 3.000 pessoas por equipe. Esta referência é baseada na média de pessoas a serem atendidas por cada ESF, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde.¹ Para o cálculo de cobertura dos ACS, considerou-se a referência de um ACS para cada 750 pessoas, critério estabelecido pelo mesmo Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹ As medianas, assim como 1º e 3º quartis, das coberturas potenciais foram estimadas com base nas separatrizes da distribuição observada para as 27 UF. Os resultados dessa etapa foram apresentados em tabelas e gráficos de tipo *box plot*.

Para efeito de síntese dos indicadores, foram consideradas coberturas baixas (abaixo de 30%), intermediárias (30 a 69,9%) e altas (70% ou mais).⁹ As tabulações, figuras e análises foram realizadas com auxílio dos programas Microsoft Office Excel 2007 e Statistics Data Analysis (Stata) versão SE 11.2. O projeto do estudo, representativo de uma etapa do PMAQ-AB, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Pelotas: 038/12 CEP/FAMED/UFPel.

Resultados

Em 2012, foram identificadas 38.812 UBS, com um total de 49.331 equipes de AB ativas no Brasil, assim distribuídas: 39.045 equipes (79,1%) de ESF, 5.459 equipes (11,1%) de AB parametrizadas e 4.827 equipes (9,8%) com outras configurações. Esses resultados permitiram estimar coberturas de AB de 76,3% da população; e de ESF, de 60,4% da população (Tabela 1).

Altas coberturas foram identificadas para atendimentos de ACS (87,6%), para equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70,0%), com serviços disponíveis de consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%). Por sua vez, coberturas, todavia incipientes foram notadas para equipes em UBS com sinalização externa adequada (25,4%), com atendimento nos finais de semana (28,4%) e cuja equipe mínima completa possuía profissionais para acolhimento (10,4%) (Tabela 2).

Indicadores de infraestrutura:

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas no Brasil, um total de 46.154 referiram atender em cinco dias ou mais na semana (Tabela 2 e Figura 1). A cobertura de equipes com essa infraestrutura foi estimada em 71,4%, e variação entre 24,6% no Distrito Federal e 100,0% em Roraima, Piauí, Paraíba e Sergipe. Quanto ao atendimento por equipes de AB que ofereciam dois ou mais turnos de expediente (n=45.234 equipes), a cobertura foi de 70,0%, com variação entre 26,7% no Distrito Federal e 100,0% em Roraima e Paraíba. A cobertura de equipes com funcionamento em oito ou mais horas diárias (n=42.226 equipes) foi de 65,3%, com variação entre 24,5% no Distrito Federal e 91,0% no Tocantins.

Em relação às equipes com estrutura adequada para PNE (n=36.796), a cobertura foi de 56,9%, variando entre 18,1% no Distrito Federal e 92,9% em Sergipe. A cobertura de equipes (n=33.063) que dispunham de veículo para realizar atividades externas foi de 51,1%, com variação entre 7,0% no Distrito Federal e 98,6% no Piauí. O atendimento no horário do almoço era disponibilizado por 24.711 equipes, com cobertura de 38,2% e variação entre 10,3% no Distrito Federal e 68,7% no Amapá. Quanto às equipes que dispunham de sinalização interna

adequada (n=22.366), a cobertura foi de 34,6%, variando entre 11,2% no Distrito Federal e 65,2% em Roraima. As menores coberturas foram identificadas para equipes que atendiam nos finais de semana (28,4%; n=18.381 equipes) e que pertenciam à UBS com sinalização externa adequada (25,4%; n=16.410 equipes), sendo que as variações das coberturas desses dois indicadores se encontraram, respectivamente, entre 17,1% (Distrito Federal) e 49,5% (Espírito Santo), e entre 9,5% (Distrito Federal) e 64,1% (Sergipe).

Indicadores de composição das equipes

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas, a cobertura de ACS (n=226.594 agentes) foi de 87,6%, destacando como os menores valores: 28,1% no Distrito Federal, 43,1% em São Paulo, 52,6% no Rio de Janeiro e 58,2% no Rio Grande do Sul (Tabela 2 e Figura 2).

A cobertura de equipes (n=39.045) de ESF foi de 60,4%, com variação entre 18,1% no Distrito Federal e 100,0% no Piauí, Paraíba e Sergipe. Quanto às equipes (n=28.889) que possuíam seu quadro mínimo completo de profissionais de saúde, a cobertura foi de 44,7% e a variação entre 14,5% no Distrito Federal e 90,0% na Paraíba.

Para as equipes (n=6.744) que possuíam profissionais para acolhimento, a cobertura foi de 10,4% e a variação entre 1,4% no Espírito Santo e 20,0% em Santa Catarina. Sobre as equipes (n=5.459) de AB parametrizadas, a cobertura foi de 8,4%, com variação de 2,7% no Amazonas a 13,7% em Santa Catarina. Apenas 7,5% da população eram cobertas por equipes (n=4.827) com outras formas de organização, merecendo destaque as coberturas com valores atípicos identificadas no Amapá (25,8%) e no Rio Grande do Sul (18,7%).

Indicadores de serviços disponíveis

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas no Brasil, as maiores coberturas foram estimadas para equipes com consultas de enfermagem (70,9%; n=45.843 equipes) e serviços de curativos (70,4%; n=45.542 equipes); o Distrito Federal se destaca nessas coberturas, pelos valores mais baixos apresentados: 25,9% e 24,8%, respectivamente. A cobertura populacional de equipes com consultas médicas foi de 67,8% (n=43.829 equipes), atingindo valor mais baixo no Distrito Federal (26,8%), entre todas as UF (Tabela 2 e Figura 3).

Em relação às equipes com serviço de vacinação, a cobertura foi de 61,8% (n=39.957 equipes), com valor mais baixo no Distrito Federal (20,5%), entre todas as UF. Para as equipes (n=34.559) com consultas odontológicas, estimou-se cobertura de 53,4%, variando entre 20,0% no Distrito Federal e 100,0% na Paraíba.

Quanto às equipes (n=39.340) com disponibilidade de dispensação de medicamentos, a cobertura foi de 60,8%, variando entre 25,1% no Distrito Federal e 100,0% no Piauí e Roraima. A cobertura para serviços (n=34.221) de acolhimento foi de 52,9%, e sua variação estendeu-se entre 12,6% (Rondônia) e 86,9 % (Santa Catarina).

Discussão

Este é o primeiro artigo que, baseado em dados nacionais censitários, estima e discute as coberturas potenciais de AB no Brasil segundo indicadores selecionados de estrutura. Seus achados apontam para altas coberturas potenciais (70,0% ou superior), tanto para AB geral como para atendimentos de ACS. Também se destacam com altas coberturas alguns indicadores, em particular: atendimento em cinco ou mais dias na semana; dois ou mais turnos de atendimento; disponibilidade de consultas de enfermagem; e serviços curativos. Não obstante, outros indicadores relevantes apresentam baixas coberturas potenciais (<30%) no país, a exemplo de atendimento nos finais de semana, disponibilidade de profissional para acolhimento nas equipes de AB e sinalização externa. Observaram-se, todavia, grandes desigualdades regionais nesses indicadores, com algumas UF sobressaindo-se, repetidamente, com coberturas potenciais de AB e ESF bastante insipientes.

A estimativa de cobertura potencial adotada neste estudo permitiu observar que, a despeito das altas proporções de UBS disporem de um determinado recurso ou serviço, parcela significativa da população ainda pode estar descoberta se a cobertura de AB na UF for incipiente. O que explica, em parte, resultados aparentemente discrepantes entre as coberturas estimadas no presente estudo e,

particularmente, uma publicação atual do Ministério da Saúde fundamentada na mesma base de dados utilizada aqui.¹⁰

Neste estudo, foram evidenciadas altas coberturas de AB em 21 das 27 UF, de equipes com ESF em 13 das 27 UF e de atendimentos de ACS em 23 das 27 UF. Esses resultados corroboram as diretrizes da PNAB que identificam na estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB um elemento facilitador da ampliação da resolubilidade e de favorável relação custo-efetividade.¹

É possível observar o claro direcionamento das mais altas coberturas de AB para estados e regiões do país menos beneficiados economicamente. Por exemplo, observa-se que na região Nordeste, todas as UF apresentaram altas coberturas de AB de equipes com ESF e atendimentos de ACS. Única exceção coube ao estado de Pernambuco, que referiu cobertura intermediária de equipes com ESF. Esses resultados indicam a contribuição dessas estratégias para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo em territórios com vazios assistenciais e sociais, nas periferias das cidades e na zona rural dos pequenos e médios municípios brasileiros.¹¹ De fato, o Brasil vem sendo citado como exemplo bem-sucedido de política de APS envolvendo ACS em larga escala.¹²

De maneira semelhante, o crescimento relativo da cobertura de ESF no período de 1999 a 2004 foi maior no Nordeste do que no Sul, sendo que a cobertura de ESF cresceu 35,0% ou mais em aproximadamente 65,0% dos municípios nordestinos, enquanto no Sul, esse crescimento foi de apenas 5,0%.¹³

Os achados do presente estudo, corroboram dados apresentados pelo DAB/SAS do Ministério da Saúde, indicando que a maioria dos municípios brasileiros de baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) (75,0%) encontra-se no estrato de maior cobertura da ESF (70,0% ou mais).¹⁴ Como resultado dessa clara intenção de busca de equidade, estudos têm sugerido que a expansão da ESF nas regiões menos desenvolvidas economicamente tem contribuído para a redução das desigualdades em saúde, particularmente nos diferenciais de acesso e na cobertura dos serviços de saúde no Brasil.^{9,15,16}

No país, outras políticas sociais têm sido implementadas sob o princípio da justiça social e da equidade. Como consequência dessas iniciativas, recentemente, têm-se observado e descrito efeitos sinérgicos entre essas políticas, positivos para a saúde, a exemplo da interação entre a ESF e o Programa Bolsa Família (PBF) e seus resultados alcançados na redução do risco de morte infantil.¹⁶ Nesse sentido,

cabe citar as induções da própria PNAB, cujo desenho de financiamento, pautado na equidade, beneficia o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre, e com as menores densidades demográficas.

Chama a atenção que os estados da região Norte não tenham apresentado o mesmo desempenho dos estados da região Nordeste, com respeito às coberturas desses indicadores. No que se refere à cobertura das equipes com ESF, apenas dois dos sete estados do Norte brasileiro apresentaram altas coberturas. Vale lembrar que a PNAB¹ induz a conformação de equipes com modelagens diferenciadas, para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Assim, torna-se necessário avaliar as respostas às especificidades dessas regiões e suas demandas reais.

No contexto geral, baixas coberturas potenciais foram estimadas, especialmente quanto ao funcionamento das equipes no horário do almoço e nos finais de semana. Esse achado aponta para o persistente desafio no acesso à AB de populações trabalhadoras, com pouco espaço de negociação para se ausentarem do ambiente laboral. Outros fatores devem ser considerados, a exemplo do esforço recente do Brasil e de algumas UF no aprimoramento da rede de urgência e emergência, com a expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA). Esta opção estratégica dos gestores pode, em certa medida, ocultar as consequências da não oferta dos serviços de AB nos finais de semana e em horários de almoço. Trata-se de uma suposição digna de aprofundamento em próximos estudos.

Mais um resultado de infraestrutura relevante é a baixa presença de sinalização externa e interna, como fatores limitantes do acesso geográfico à UBS e à AB, possível consequência do uso de casas adaptadas para o funcionamento dessas unidades e serviços. Estudos destacam as sinalizações como condições favorecedoras da acessibilidade.^{17,18} Outras pesquisas, dedicadas à avaliação dos aspectos da estrutura da AB, encontraram situações semelhantes ao nosso estudo nos ambientes físicos e de recursos materiais,^{13,19,20} e de pessoal,²¹ assim como características de estrutura inadequadas ao acesso de idosos e portadores de deficiências.²²

O acesso é uma condição interferente na relação entre a procura e a entrada no serviço, sendo as características da oferta capazes de facilitar ou obstruir a

utilização de serviços de saúde por potenciais usuários.²³ Informação, sinalização e acessibilidade são aspectos de ambiência definidos para o SUS pela Política Nacional de Humanização (PNH).²⁴

Foram observados resultados favoráveis para o Brasil quanto às equipes com consultas de enfermagem e com serviços de curativos. Coberturas intermediárias foram identificadas para serviços essenciais, tais como consultas médicas, vacinação, dispensação de medicamentos, consultas odontológicas e serviços de acolhimento.

Os resultados apresentados apontam para as grandes desigualdades de coberturas potencial relativas aos indicadores de estrutura da AB, entre as UF do Brasil. Duas situações devem ser discutidas. A primeira diz respeito às UF que, embora referissem cobertura potencial de AB intermediária ou alta, apresentarem indicadores precários de estrutura, com parcela considerável da população descoberta. Exemplos deste grupo são Mato Grosso do Sul, Rondônia e Pará. A segunda situação diz respeito às UF com coberturas potenciais de AB baixas ou intermediárias, o que de certa forma limita a possibilidade de alcance de cobertura para todos os indicadores analisados. Neste grupo estão o Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro.

O Distrito Federal apresentou os menores percentuais de cobertura para, virtualmente, todos os critérios estudados. Embora os precários indicadores de estrutura sejam, em certa medida, condicionados pelos valores de cobertura de AB nesses estados, ainda assim, indicam que parcela relevante da população se encontra potencialmente descoberta por esses serviços, o que deve ser objeto da atenção dos gestores.

Hoje no Brasil, a AB, especialmente a ESF, é heterogênea em sua implementação nas diferentes áreas geográficas, não apenas em termos de cobertura como também em relação ao alcance dos atributos da APS. Das relações interfederativas no SUS, das diretrizes para a implementação da ESF emanadas do nível federal, resultará a concretude de uma Atenção Primária à Saúde definida no contexto local, cujas condições – e sua interpretação – definirão sua singularidade, resultando na diversidade de estruturas, composições de equipes, operacionalização, oferta de serviços e características daquilo que hoje denominamos Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

É possível que em contextos de menor abrangência, outros estudos possam detalhar a diversidade e as características da AB buscando explicar sua qualidade nestes contextos específicos. Avançar no aprofundamento teórico e na combinação de metodologias capazes de mensurar a qualidade da AB no âmbito nacional, e também nesses contextos em que a ESF se interpreta e reinterpreta, são desafios permanentes a enfrentar.

O presente estudo também apresenta limitações. O uso de um conjunto de indicadores de estrutura como *proxis* de medidas diretas de acesso e utilização pode levar ao risco de extrapolar o limite de seus significados. Tais indicadores de estrutura, no entanto, podem facilitar ou dificultar o alcance desses atributos da APS, igualmente dependentes de outros indicadores.

Outra limitação pode estar associada à acurácia da base populacional, definida em 3.000 pessoas (média definida na PNAB) para estimativa dos indicadores de coberturas potenciais. Ainda assim, acredita-se que seja mais informativa essa abordagem metodológica do que outras, adotadas para descrever a oferta de serviços, tão somente baseadas no número de UBS.

A determinação das redes causais que relacionam a estrutura dos serviços de saúde a seus resultados é complexa, pressupõe a consideração de diversas dimensões para sua identificação.²⁰ Os achados deste trabalho contribuem para valorizar os componentes de estrutura na avaliação dos serviços de saúde e discutir sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e com o alcance dos resultados, no que interessa ao estado de saúde dos indivíduos e da população. O presente estudo revela a heterogeneidade na implantação da Atenção Básica no país, e os desafios para a sua avaliação.²⁵

A metodologia aqui utilizada poderá ser adaptada para monitorar a distribuição dos recursos nos serviços de saúde, em diversos níveis. A avaliação conduzida em unidades geográficas menores seria beneficiada por uma maior homogeneidade, contribuindo para futuras análises, a serem conduzidas em colaboração, visando institucionalizar a avaliação nos serviços e a consecução de um sistema de saúde universal e equânime.

Contribuição das autoras

Poças KC e Duarte EC participaram de todas as etapas da análise e redação do artigo. Freitas LRS contribuiu na organização do banco de dados e análises estatísticas. Todas as autoras contribuíram na elaboração das versões preliminares e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 out 24; Seção 1:48.
2. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):553-63.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2016 dez 23]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde; 2004.
5. Cazarin G, Poças KC, Mendes M. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. *Rev Bras Saude da Família*. 2011;29:51-8.
6. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica*. 2002 nov-dez;18(6):1561-9.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005 Dec;83(4):691-729.
8. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
9. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):87-93.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Retratos da atenção básica no Brasil 2012: características das Unidades Básicas de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 dez 23]. (Gestão da Atenção Básica; v. 1). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
11. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora; 2014.
12. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2016 Dec 23]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cien Saude Coletiva. 2006 jul-set;11(3):669-81.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS nº4. v.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Macinko J, Guanais FC, Souza MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006 Jan;60(1):13-9. 1
16. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality : a nationwide analysis of Brazilian municipalities. Lancet 2013 Jul;382(9886):57-64.
17. Ribeiro JP, Mamede SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. Rev Eletr Enf. 2015 jul-set;17(3):1-11
18. Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, Tristão FI, Rocha EMS, Rabello AE, et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. Vigil Sanit Debate. 2015;3(2):36-41.
19. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saude Publica. 2001 jan-fev;17(1):131-9.

20. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010 nov;10 supl 1:s69-81.
21. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010 nov;10 supl 1:s61-8.
22. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2009 jan-fev;14(1):39–44.
23. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.(Série B. Textos Básicos de Saúde)
25. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saude Pública* 2012; 28:1273-84.

Recebido em 08/07/2016

Aprovado em 11/10/2016

Tabela 1: Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores de estrutura disponíveis na Atenção Básica, Unidades Federadas, Brasil, 2012.

Indicadores	Cobertura (%) Nordeste									Cobertura (%) Norte							Cobertura (%) Sudeste				Cobertura (%) Sul			Cobertura (%) Centro-Oeste			
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF
Atenção Básica	95,3	100,0	98,4	100,0	100,0	79,3	98,4	100,0	91,3	69,2	79,1	57,1	100,0	64,7	93,2	93,7	98,0	81,6	51,8	43,4	85,7	98,6	76,4	70,4	92,4	91,6	26,8
Infraestrutura																											
5 ou mais dias da semana	89,5	100,0	90,4	97,9	100,0	74,6	92,2	100,0	81,7	65,8	76,7	56,1	100,0	63,4	91,0	91,8	93,6	77,9	49,8	42,3	79,3	95,3	70,8	68,3	86,1	85,6	24,6
2 ou mais turnos	88,9	96,6	93,3	84,0	100,0	73,7	93,4	95,4	82,0	49,2	69,6	55,9	100,0	52,7	85,0	92,5	90,4	77,5	51,0	42,3	77,7	95,0	69,3	66,1	88,1	80,6	26,7
8 ou mais horas diárias	82,1	79,3	83,5	73,5	91,0	64,3	87,5	86,7	73,1	47,9	65,6	50,8	88,8	47,6	79,9	91,0	88,6	71,9	49,1	41,6	74,8	88,1	63,9	62,3	82,3	83,2	24,5
Acessibilidade para PNE ^a	52,0	73,2	72,8	77,7	83,9	55,3	71,2	92,9	60,3	51,7	54,6	34,9	90,1	38,9	61,0	80,6	76,4	59,7	37,0	40,9	62,1	88,0	64,3	60,5	62,8	63,0	18,1
Identificação visual	64,0	78,3	80,1	67,4	75,3	63,8	75,6	81,2	59,8	41,3	63,7	35,4	86,9	33,8	64,4	82,7	70,4	51,8	39,9	35,7	50,7	86,4	53,3	35,2	44,7	72,3	20,5
Veículo disponível	64,7	98,6	90,3	82,2	70,3	43,4	82,1	98,5	63,8	49,6	31,2	9,2	30,0	27,4	26,2	58,4	68,1	63,1	19,0	29,2	69,9	92,3	54,1	46,3	41,8	57,2	7,0
Horário do almoço	27,3	36,4	30,0	38,5	27,0	42,2	45,3	65,1	29,5	38,9	25,3	28,9	67,7	32,6	68,7	42,3	64,9	51,5	43,2	36,6	39,3	27,7	23,4	13,7	20,2	48,2	10,3
Sinalização interna	29,2	37,7	55,7	45,7	46,7	44,0	47,6	42,1	33,0	29,8	46,3	20,4	65,2	23,3	49,0	42,3	45,6	24,3	27,1	26,7	33,7	52,5	42,2	15,4	30,4	26,9	11,2
Final de semana	30,5	38,5	31,3	44,8	20,4	28,0	29,8	31,4	20,1	26,0	20,6	23,3	47,3	24,6	47,2	47,4	28,8	49,5	35,4	20,7	46,0	47,3	17,6	25,9	36,0	25,2	17,1
Sinalização externa	16,6	29,9	22,7	27,1	33,7	34,5	23,5	64,1	29,3	22,1	53,0	23,1	50,5	13,1	23,2	22,6	38,7	16,7	19,3	18,0	28,6	43,9	18,3	16,2	21,7	37,6	9,5
Composição das equipes																											
Agentes comunitários de saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	79,7	100,0	91,1	100,0	90,0	91,3	100,0	100,0	96,4	52,6	43,1	78,4	100,0	58,2	100,0	100,0	86,6	28,1
Estratégia Saúde da Família	85,2	100,0	85,4	92,4	100,0	68,6	86,5	100,0	73,5	56,6	66,4	46,3	99,0	44,1	57,5	81,9	80,9	60,0	40,8	29,5	63,8	80,6	45,1	62,3	67,3	80,2	18,1
Equipe mínima completa	67,4	82,2	57,9	73,5	90,0	60,3	68,3	67,2	60,9	38,7	51,8	30,5	44,1	32,3	30,1	56,1	59,6	40,5	24,2	19,7	46,7	63,0	40,8	51,4	55,9	49,7	14,5
Equipe com profissionais para acolhimento	6,3	5,5	15,8	17,4	12,3	8,0	20,8	16,8	12,9	4,3	4,7	2,8	6,4	5,4	6,4	17,1	19,6	1,4	4,2	7,2	13,5	20,0	10,0	11,9	12,2	9,3	2,2
Atenção Básica parametrizada	4,0	10,2	10,1	5,4	5,0	6,5	5,1	10,1	10,1	4,9	11,5	2,7	3,2	11,6	9,9	4,7	10,5	6,3	4,9	7,9	10,0	13,7	12,6	5,6	11,5	7,8	5,2
Outras configurações	6,2	8,4	2,9	10,5	8,4	4,2	6,7	4,3	7,7	7,7	1,2	8,2	3,2	9,0	25,8	7,2	6,6	15,3	6,1	6,0	11,8	4,2	18,7	2,5	13,7	3,6	3,5
Serviços disponíveis																											
Consulta de enfermagem	86,5	100,0	95,9	100,0	100,0	76,9	94,2	100,0	85,2	60,0	77,5	51,5	98,4	55,0	68,3	93,1	88,2	67,5	48,5	42,4	77,7	94,4	70,7	67,8	83,4	88,8	25,9
Curativos	86,2	100,0	92,2	96,8	100,0	77,2	96,2	100,0	84,2	57,0	67,6	52,1	79,9	55,4	85,9	87,8	89,0	76,3	46,1	41,9	78,6	97,0	72,1	67,9	88,4	79,9	24,8
Consulta médica	78,0	100,0	86,9	95,5	100,0	69,5	88,5	100,0	79,3	54,7	62,9	46,2	85,0	47,3	63,1	90,8	84,5	57,9	49,0	41,8	80,3	96,2	72,9	68,0	80,9	86,5	26,8
Vacinação	81,7	99,0	94,7	91,6	100,0	77,3	92,0	100,0	75,9	41,7	74,7	33,7	76,0	48,1	64,4	89,1	68,7	50,1	43,0	36,7	67,3	75,3	61,1	58,2	77,8	72,2	20,5
Dispensação de medicamentos	78,9	100,0	91,7	76,2	89,9	75,6	76,9	91,1	79,7	51,7	71,2	50,0	100,0	56,4	81,6	65,2	56,2	64,5	46,8	35,8	69,7	91,2	56,3	47,2	58,8	76,4	25,1
Consulta odontológica	53,6	88,6	76,4	83,3	100,0	59,9	72,9	83,6	58,5	35,7	54,2	35,0	65,2	34,3	51,1	85,5	57,7	51,8	36,5	33,2	62,0	81,8	59,7	65,1	60,6	68,6	20,0
Acolhimento	33,0	30,8	75,9	61,6	53,0	38,3	68,5	86,1	60,5	12,6	34,0	19,5	53,0	29,5	44,7	66,2	85,8	48,5	44,5	40,6	62,5	86,9	56,4	35,8	47,5	60,4	25,0

a) PNE: portadores de necessidades especiais

Nota: a soma 'Estratégia Saúde da Família + Atenção Básica parametrizada + Outra configuração' corresponde à cobertura de Atenção Básica. Eventualmente, essa soma é superior a 100%, devido à utilização da base populacional de 3.000 para seus cálculos. Todos os valores que excederam 100 foram ajustados para o limite máximo de 100,0. Para o cálculo de cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS), considerou-se o parâmetro de 1 ACS por 750 pessoas.

Tabela 2: Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores de estruturadisponíveis na Atenção Básica, Brasil, 2012.

Indicadores	Coberturas (%)			Mediana (%)	Equipes (n)
	baixa: <30%	intermediária: ≥30%	alta: ≥70%		
Atenção Básica			73	91,6	49.331
Infraestrutura					
5 ou mais dias da semana	–	–	71,4	85,6	46.154
2 ou mais turnos	–	–	70,0	82,0	45.234
8 ou mais horas diárias	–	65,3	–	74,8	42.226
Acessibilidade para PNE ^a	–	56,9	–	62,1	36.796
Identificação visual	–	54,3	–	63,8	35.079
Veículo disponível	–	51,1	–	57,2	33.063
Horário do almoço	–	38,2	–	36,6	24.711
Sinalização interna	–	34,6	–	37,7	22.366
Final de semana	28,4	–	–	29,8	18.381
Sinalização externa	25,4	–	–	23,2	16.410
Composição das equipes					
Agentes comunitários de saúde	–	–	87,6	100,0	226.594
Estratégia Saúde da Família	–	60,4	–	68,6	39.045
Equipe mínima completa	–	44,7	–	51,8	28.889
Equipe com profissionais para acolhimento	10,4	–	–	9,3	6.744
Atenção Básica parametrizada	8,4	–	–	7,8	5.459
Outras configurações	7,5	–	–	6,7	4.827
Serviços disponíveis					
Consulta de enfermagem	–	–	70,9	83,4	45.843
Curativos	–	–	70,4	79,9	45.542
Consulta médica	–	67,8	–	79,3	43.829
Vacinação	–	61,8	–	74,7	39.957
Dispensação de medicamentos	–	60,8	–	71,2	39.340
Consulta odontológica	–	53,4	–	59,9	34.559
Acolhimento	–	52,9	–	48,5	34.221

a) PNE: portadores de necessidades especiais

Nota: Para efeito de síntese dos diferentes indicadores, as coberturas das Unidades da Federação foram consideradas baixas (<30%), intermediárias (30-69%) e altas (≥70%).

Figura 1: Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores da subdimensão infraestrutura da Atenção Básica, Unidades Federadas, Brasil, 2012.

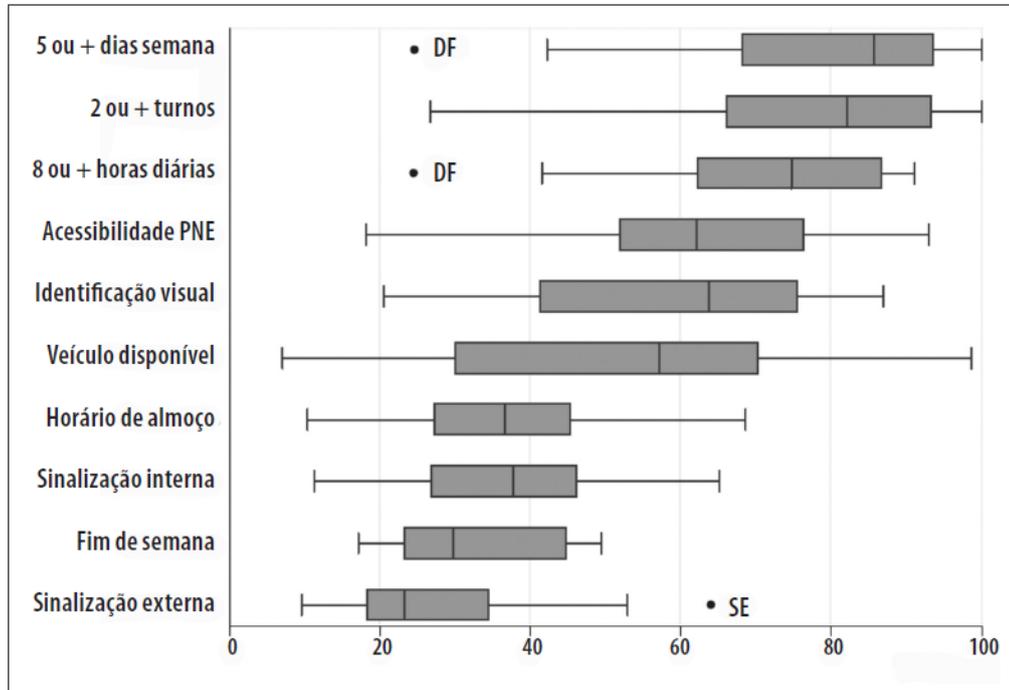


Figura 2: Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores da subdimensão composição das equipes de Atenção Básica, Unidades Federadas, Brasil, 2012.

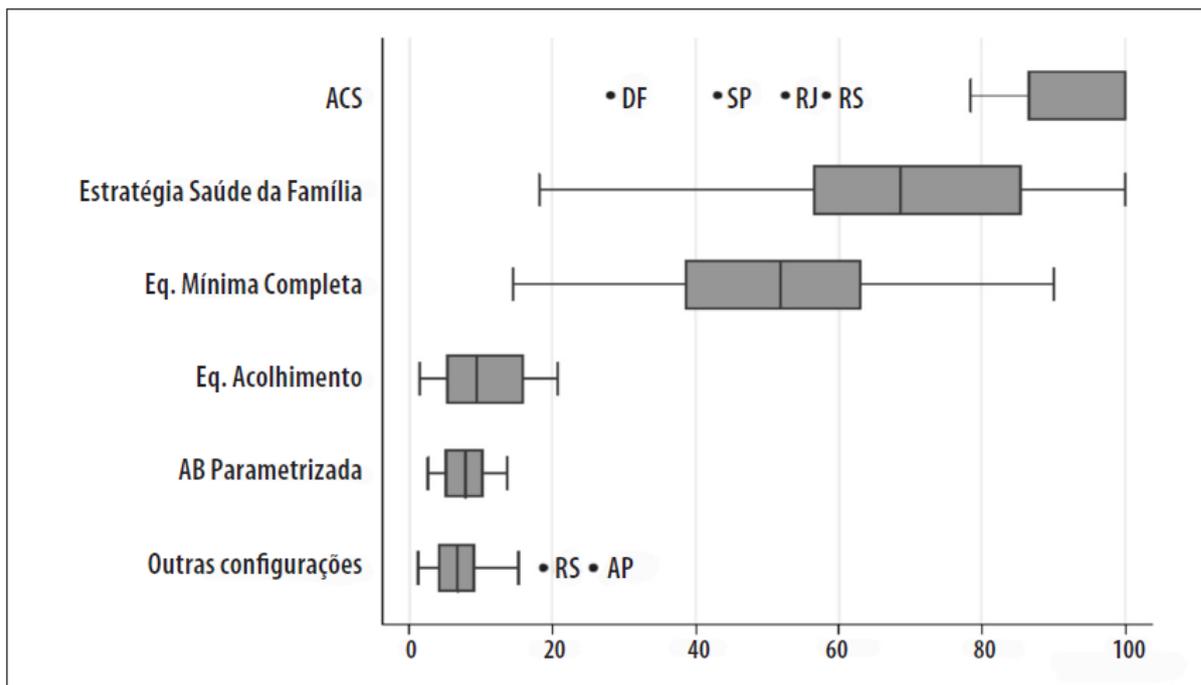
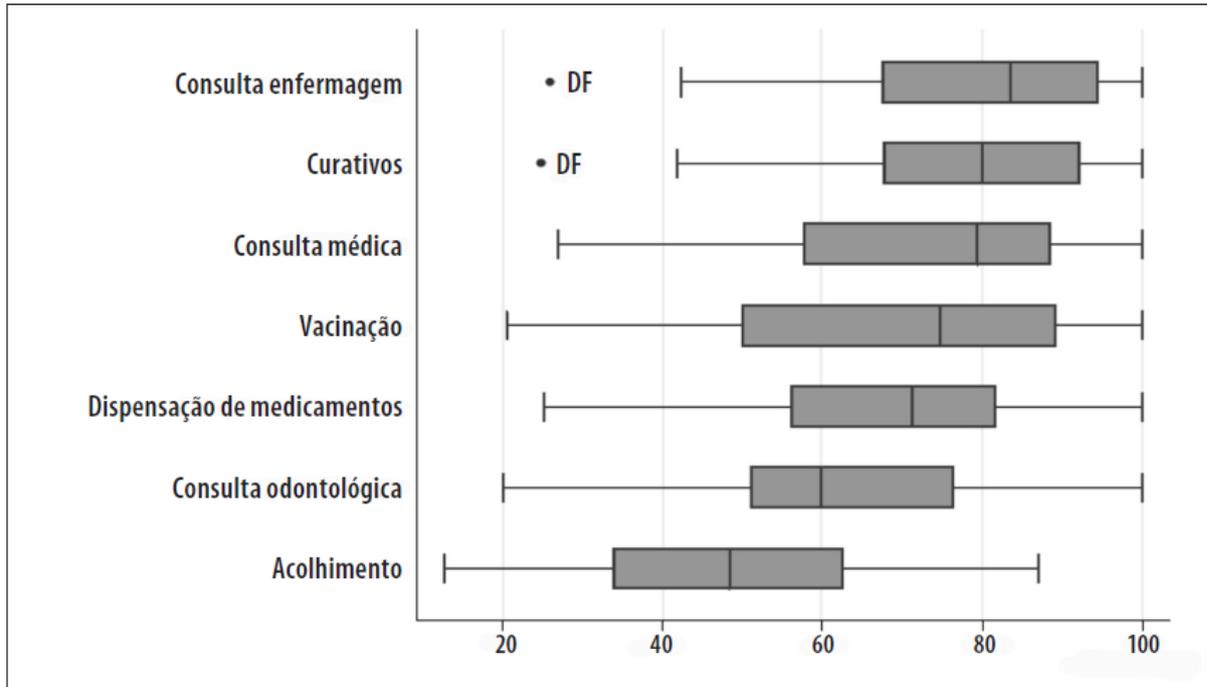


Figura 3: Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores de estrutura relativos à subdimensão serviços disponíveis na Atenção Básica, Unidades Federadas, Brasil, 2012.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este é o primeiro estudo conduzido no DF que utiliza uma abordagem metodológica de base populacional (representativa da população adulta) para a estimação de indicadores de estrutura, utilização e qualidade da APS, utilizando dados primários. A doutoranda coordenou as três investigações e participou de todas as suas etapas, inclusive do planejamento, implementação e coleta dos dados da pesquisa.

Os métodos utilizados nas diferentes etapas do estudo merecem destaque por seu ineditismo neste contexto e por sua eficiência em potencial, particularmente com respeito aos inquéritos telefônicos.

O artigo 1 [Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais] se valeu de dados censitários coletados no contexto do PMAQ. Os artigos 2 e 3 se valeram de dados originados do Vigitel - que já estava em andamento - e da aplicação do PCATool reduzido (também por telefone, nos moldes do Vigitel). Destacam-se a robustez, o alto potencial de reprodutibilidade e a oportunidade dos dados originados destas propostas metodológicas. Os dados censitários de estrutura permitiram uma visão ampla, com minimização de viés de seleção, sobre a cobertura potencial de diferentes recursos em saúde na APS do DF. O uso do próprio Vigitel para a inclusão de três questões foi de grande oportunidade e validade. Essas questões ofereceram um panorama do perfil de utilização da APS por adultos no DF, e ao mesmo tempo permitiram filtrar a população que foi estudada no artigo 3. Nesse último caso, artigo 3, vale destacar que o uso do instrumento PCATool adulto na versão reduzida foi muito útil, já que reduziu o tempo de entrevista e possivelmente reduziu recusas e erros decorrentes de cansaço da entrevista. Vale lembrar que a reprodutibilidade do uso desse instrumento face-a-face e por meio de inquéritos telefônicos deverá ser aferida em estudos futuros.

A combinação dos objetivos propostos foi concebida na busca pelo entendimento de como os serviços públicos de APS se configuravam no DF. A ênfase foi dada em descrever seus aspectos de estrutura e potencial cobertura, na compreensão de quem a utilizava e se a qualidade dos mesmos em suas diferentes

formas de organização estavam ou não orientadas à APS. Essas foram as questões que motivaram o presente estudo.

O Distrito Federal apresentou os menores percentuais de cobertura para, virtualmente, todas as dimensões de estrutura de serviços de APS estudados. Embora os precários indicadores de estrutura sejam, condicionados pelos valores dessa cobertura em certa medida, ainda assim indicam que parcela relevante da população se encontra potencialmente descoberta por esses serviços.

Essa marcada menor cobertura potencial de serviços de APS, a menor dentre todas as UF do Brasil, se reflete na disponibilidade de oferta desses serviços no território. Além disso, se contrapõe às políticas nacionais, as quais preconizam esse nível de atenção como a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde. A maioria da população adulta do DF prefere os serviços privados e de atenção secundária como primeira escolha. Apesar dessa característica, este estudo constatou que existe associação entre adultos de menor escolaridade e não possuidores de plano privado de saúde e o uso da APS como preferência de primeira escolha. Esses achados corroboram com o papel central da APS em ser porta de entrada preferencial e de contribuir para a diminuição das iniquidades em saúde, viabilizando acesso à atenção à saúde para as populações mais vulneráveis.

A diferença entre os escores médios de orientação à APS - em favor da ESF, quando comparada com UBS tradicional - não apresentou, à princípio, significância estatística. Além disso, o Escore Geral médio foi inferior ao ponto de corte considerado alto ($\geq 6,6$) para ambas as formas de organização da APS. Por outro lado, as ESF se associaram à maior proporção de respostas com altos escores gerais (EG) de APS em comparação com UBS tradicionais, resultado encontrado com robustez em nossa análise (OR=4,2, significativo estatisticamente).

Apesar da baixa cobertura de ESF presente no DF e das características particulares de utilização desses serviços, os resultados desse estudo mostram que, onde as equipes de Saúde da Família estão presentes, há 4 vezes mais chance de o serviço ser de fato provedor de APS, por apresentar altos escores de orientação à APS. Esta é a característica de qualidade de um serviço de APS.

A persistência de baixas coberturas relativas à estrutura de APS no DF observada neste estudo, contrapõe fortemente ao discurso de busca da expansão da cobertura de APS e, em particular, da ESF, perpetuado pelos diversos gestores

locais. Explicações para essa aparente contradição devem ser aprofundadas por meio de pesquisas que permitam melhor compreender sobre a trajetória das políticas públicas no DF e a sua influencia na política de saúde que contribuem para a clara não priorização da APS em contraponto com a característica de natureza hospitalocêntrica que persiste.

Esses conhecimentos poderão ser aplicados em locais onde a organização do sistema de saúde esteja igualmente centrada na atenção hospitalar em detrimento da APS, e onde a população apresente situação semelhante às condições socio demográficas do DF, marcada em particular por alto IDH e grande desigualdade econômica.

Esse estudo vem ao encontro da necessidade do fortalecimento da APS e ratifica o entendimento do potencial que a ESF pode representar para a ampliação de acesso dos grupos mais vulneráveis socialmente, e diminuição das iniquidades em saúde. Poderá, portanto, contribuir para a reorganização dos serviços no DF, além de colaborar para identificar aspectos dos serviços de APS que exigem mudanças ou melhorias na busca da qualidade, tanto para a gestão, como para o desenvolvimento das ações pelas equipes locais.

Recomenda-se aumentar a cobertura populacional no DF de serviços com ESF com vistas à garantia de acesso das populações mais vulneráveis e ampliar a utilização dos serviços de APS neste território. É importante destacar que embora claramente a utilização dos serviços de APS é centrada em uma população vulnerável socialmente (menos escolarizada e sem plano de saúde), ainda assim a baixa cobertura potencial desses serviços permite inferir sobre grande parcela de população ainda completamente descoberta deste tipo de atenção.

Serão necessários outros estudos para aprofundar temas específicos tais como: reprodutibilidade do PCATool reduzido aplicado por meio de inquérito telefônico e por entrevista face-à-face; maior detalhamento dos atributos que discriminarão a ESF como serviço provedor de APS (em contraste com as UBS tradicionais) com a aplicação do PCATool completo; estabelecer rotina de avaliações rápidas e sistemáticas no nível local, regional e nacional, a fim de monitorizar a qualidade dos serviços de APS ao longo do tempo.

Quanto às lições aprendidas, acredita-se que avaliações futuras poderiam se beneficiar de serem realizadas em colaboração entre diversos atores envolvidos

com a APS. Assim avaliadores, gestores, profissionais e usuários trabalhando juntos, potencializariam a utilidade dos achados e sua concreta utilização com vistas às possíveis mudanças no nível local.

Além disso, reforça-se a necessidade de se institucionalizar a prática cotidiana da avaliação, que é urgente nos serviços de saúde e, especialmente na APS. Esta prática tem potencial para contribuir para a rápida apropriação dos resultados e, idealmente, influenciar o comportamento do serviço e a implantação de ações e políticas. E ainda, podem apontar para condução de novos estudos que sejam de fato úteis a ser desenvolvidos por avaliadores ou pesquisadores, ou ambos, a depender dos objetivos dos mesmos.

Há avanços importantes que devem ser conduzidos na organização do sistema de saúde no DF no que se refere à utilização e a qualidade da APS. Cabe aos gestores o desenvolvimento de políticas de fortalecimento da APS e expansão da ESF, com vistas à equidade em saúde e melhoria da qualidade de vida da população local.

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil, Presidência da República (BR). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento– Brasília: Ipea, 2010.
- (2) Brasil, Ministério da Saúde (BR). Decreto n 7.508, de 21 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://www.in.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2012.
- (3) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.
- (4) Frias PG. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO I. Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, cap. 4, p. 43-56.
- (5) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde; 2004.
- (6) Brasil, Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 out 24; Seção 1:48.
- (7) Gottems, L.B.D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública. 2009 June; 25(6):1409-1419.
- (8) Pires, MRGM et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010 jun; 15 (suppl.1): 1009-1019.
- (9) Fleury, S.; Ouverney, A. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato L. et al. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 25-57.
- (10) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

- (11) Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1 de 20 set 1990 (Página 18055 - Publicação Original).
- (12) Paim, J. S. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Edufba/Editora Fiocruz, 2008.
- (13) Paim, J.S. A Reforma Sanitária e a municipalização. Saúde e sociedade, São Paulo, v.1, n.2, p. 29-47, 1992.
- (14) World Health Organization. Primary Health Care. Reporto of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. WHO Geneva, 1978.
- (15) Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C., 2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>Acesso em 29 out. 2015.
- (16) Macinko J, et al. Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica, v. 21, n. 2/3, p. 73–84, 2007.
- (17) Sousa, M.F.; Hamann, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. saúde colet. Rio de Janeiro, vol.14, suppl.1, pp. 1325-1335. 2009.
- (18) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)
- (19) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).
- (20) Chan, M. Return to Alma-Ata. Comment. The Lancet, v.372, n. 13, p.11-31, set. 2008.

- (21) Sousa, MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro/Maria Fatima de Souza, Marcos da Silveira Franco, Ana Valéria Machado Mendonça. Campinas/SP: Saberes Editora, 2014.
- (22) Sousa, MF. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Maria Fátima de Souza. – Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
- (23) Andrade, L.O.M.; Bueno, I.C.H.C.; Bezerra, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. P.783-836. In: Tratado de Saúde Coletiva/Gastão Wagner de Souza Campos et.al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- (24) Temporão, J.G. Health Family, now more than never! Ciênc. saúde colet. Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1322-1323, 2009.
- (25) Distrito Federal. Câmara Legislativa. Lei Orgânica do Distrito Federal. Brasília-DF, 8 de junho de 1993. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/70442>> Acesso em 10 nov.2015.
- (26) Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (DF). Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2013. Brasília/DF, dezembro de 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.cl.df.gov.br/dspace/handle/123456789/1615>> Acesso em 09 nov. 2015
- (27) Catalão, I. Reflexões acerca do centro e da centralidade urbanas em Brasília. Revista Formação n.15 vol 2. p.56-66, 2008.
- (28) Paviani, A. A violência do desemprego. In: Paviani, A; Barbosa F, I. C.; BARRETO, F.F. P. (Org.) Brasília: dimensões da violência urbana. Brasília: Editora da UnB, 2005.
- (29) Aguiar, R.C. Brasília: da utopia à dura realidade. Sociedade e Estado, Brasília, v. 18, n.1/2, p. 401-403, jan./dez. 2003.
- (30) Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Informação Demográfica e Socioeconômica número 28. Indicadores Sociais Municipais. Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

- (31) Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional da Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades federativas da federação/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 106p.
- (32) Distrito Federal Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (DF). Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan. Texto para Discussão.TD - n. 6 (2015) - Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, setembro de 2015. Disponível em:http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/TD/TD_6_As_Dimensoes_da_Pobreza_no_DF_e_suas_Politicas_de_Enfrentamento_2015.pdf Acesso em 10 nov.2015.
- (33) Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015 : SUS DF: Construindo o seu melhor Plano de Saúde! Brasília, junho de 2012. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/plano-distrital-de-saude.html>>Acesso em 08 nov. 2015.
- (34) Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Silva RMP. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. Saúde debate. 2016 Dez; 40(111): 49-62.
- (35) Cazarin, G.; Poças, K. C.; Mendes, M. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n.29, p.51-58, mai./ago. 2011.
- (36) ROJAS, E.M. Marco conceptual para La evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica.v.1, n. 2, art. 6, enero./ jun., 2004.
- (37) Silva, L.M.V.; Formigli ,V.L.A.. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan/mar, 1994.
- (38) Hartz, Z.M.A.Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde In: Hartz, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997:19-28. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>.Acesso em 14 out. 2015.
- (39) Contandriopoulos A.P., et.al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997: 29-47. Disponível em:<<http://books.scielo.org>>. Acesso em 04 nov. 2015.

- (40) Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n.12, p. 1743-1748, 1988.
- (41) Tanaka, O.Y.; Melo, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu*, v.4,n.7, p. 113-118, ago., 2000.
- (42) Merhy E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.
- (43) Minayo, M.C.S. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Assis S.G., Souza E.R., organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 p.
- (44) Cruz, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, p.180-198. 2011.
- (45) Dubois, C.A. et al. Histórico da Avaliação. In Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (46) Champagne, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (47) Figueiró, A.C.; Frias, P.G.; Navarro, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para as práticas nas instituições. In Avaliação em saúde bases conceituais e operacionais. Organizadores Isabella Samico... [et al]. – Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p10-11.
- (48) Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* , v. 44, p. 166-203, 1966.
- (49) Champagne, F et al. A análise Estratégica. In: Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (50) Champagne, F et al. A análise lógica. In Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (51) Farand, L. A Análise da produção. In Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

- (52) Champange, F et al. A análise dos efeitos. In Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (53) Broussele, A.; Lachaine J.; Contandriopoulos, A.P. A Avaliação Econômica. In: Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (54) Champange, F et al. A análise da implantação. In: Avaliação: conceitos e métodos. Organizadores Astrid Broussele...[et al]. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011e
- (55) Hartz, Z.M.A. Vieira, L.M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Hartz, Z.M.A., Vieira-da-Silva L.M., organizadoras. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 275p.
- (56) Hartz Z. M. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva . 1999 July 09; 4(2): 341-353.
- (57) Samico, I.; Figueiró, A.C.; Frias, P.G. Abordagens metodológicas na Avaliação em Saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Ed Medbook., 2013.
- (58) World Health Organization. Quality improvement in primary health care: a practical guide/ by Assaf F Al Assaf, Mubashar Sheikh. [editors]. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, 26. Cairo, 2004.
- (59) Uchimura, K.Y.; Bosi, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov/dez 2002.
- (60) Merhy E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002. 189 p.
- (61) Lohr, K.N. Health Care, and Quality of Care. In: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. p.19-39, 1990a. Disponível em: <http://www.nap.edu/read/1547/chapter/7#20>
Acesso em 12 nov 2015
- (62) Donabedian, A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med, v.114, p. 1115-8, 1990.

- (63) Lohr K.N. Qualith of Care In: A Strategy for Quality Assurance, Volume II: soucres and methods. P. 116-139, 1990. Disponível em: <http://www.nap.edu/read/1548/chapter/6>
Acesso em 12 nov 2015
- (64) Vuori H. A qualidade da saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v.3, n. 17,1991.
- (65) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL, 2010b).
- (66) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 140 p.
- (67) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
- (68) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : AMAQ / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.
- (69) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Family Praticce. 2001;50(2):161–75.
- (70) Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. Manag Care. 2009 18(6):44–8.
- (71) Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4851-4860.

- (72) Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):274-284
- (73) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- (74) Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- (75) Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (Pcatool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):244-255.
- (76) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649- 1659.
- (77) Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-adulto-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-263.
- (78) Oliveira, MMC. Teoria da Resposta ao Item: aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- (79) D'Avila O.P., et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 Mar; 22(3): 855-865.
- (80) Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para

doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

(81) Bernal, RTI. Inquéritos por Telefone: inferências válidas em regiões com baixa taxa de cobertura de linhas residenciais. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011.

ANEXOS

ANEXO A -PCATool – BRASIL ADULTO VERSÃO REDUZIDA*

Descrição do Instrumento

É composto por 23 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)

A1- Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

A2 - Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

A3- Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Itens incluídos na versão reduzida conceitualmente.

2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 1 itens (B2).

B2: Quando tem novo problema vai a esse serviço antes de ir a outro.

3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 2 itens (C4 e C11).

C4: Aconselhamento rápido por telefone quando aberto e

C11: Dificuldade para ter atendimento.

4. Longitudinalidade (D). Constituído por 4 itens (D1,D6,D9 e D15).

D1: Atendimento pelo mesmo profissional;

D6: Sente-se à vontade;

D9: Sabe quais são os problemas importantes para você;

D15: Mudaria de serviço se fosse fácil.

5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 4 itens (E6, E10, E11 e E13).

E6: Médico sugeriu consulta com especialista;

E10: Informou motivo para consulta;

E11: Resultado da consulta com especialista;

E13: Qualidade da consulta com especialista.

6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 1 item (F3).

F3: Prontuário disponível

7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 3 itens (G9, G17 e G20).

G9: Aconselhamento sobre saúde mental

G17: Aconselhamento sobre fumo

G20: Aconselhamento sobre mudanças com o envelhecimento

8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 4 itens (H1, H5, H7 e H11).

H1: Conselhos sobre a alimentação

H5: Exercícios apropriados

H7: Verifica e discute os medicamentos

H11: Prevenção de quedas

9. Orientação Familiar (I). Constituído por 2 itens (I1 e I3).

I1: Tratamento e cuidado para você e para a família

I3: Contato com a família caso solicite

10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 1 itens (J4).

J4: Pesquisas com pacientes

*Fonte: Tabela 2. Itens do PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida e estimativas do parâmetro de discriminação do item na versão completa. In: OLIVEIRA, M.M.C et all. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 256 -63, out./dez. 2013. Disponível em:<[http:// dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)>.

ANEXO B– Parecer de Projeto de Pesquisa nº 089/2012 CEP-FM/UnB



Universidade de Brasília

Faculdade de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP-FM

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do projeto: CEP/FM 089/2012.

Título: "Avaliação da atenção básica à saúde no Distrito Federal".

Pesquisador responsável: Elisabeth Carmem Duarte

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento assinada por todos os pesquisadores, projeto de pesquisa em português, "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", *curriculum vitae* do pesquisador principal e dos demais pesquisadores participantes, orçamento e cronograma do projeto de pesquisa, bibliografia pertinente.

Data de entrada: 19/12/2012.

Data da primeira avaliação: 30/01/2013

Proposição do(a) Relator(a):

Aprovação

Reencaminhar ao pesquisador responsável para atendimento de pendências

Não aprovação

Data do parecer final do(a) Relator(a): 08/05/2013.

Aprovação

Não aprovação

Data da análise pelo CEP-FM/UnB: 08/05/2013

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS n.º 196/96 e resoluções posteriores que regulamentam a matéria, a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu aprovar, de acordo com o parecer do(a) Relator(a) e *ad referendum* do CEP-FM/UnB, o projeto de pesquisa acima especificado quanto aos seus aspectos éticos.

Observações:

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP-FM/UnB antes de serem implementadas.
2. Os pesquisadores devem apresentar relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília-DF, 08/05/2013

Prof.ª Dr.ª Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do CEP-FM/UnB

ANEXO C - Parecer de Projeto de Pesquisa nº 38/2012 CEP/FAMED/UFPEL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CF. 38/12

Pelotas, 10 de maio 2012.

Prof

Luiz Augusto Fauchini

Projeto – “Projeto para avaliação externa e censo das Unidades Básicas de saúde – PMAQ – AB”

Prezado Pesquisador:

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



ANEXO D – ARTIGO PUBLICADO RESS

ARTIGO
ORIGINAL

Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais*

doi: 10.5123/S1679-49742017000200005

Census of the Primary Health Care structure in Brazil (2012): potential coverage estimates

Kátia Crestine Poças¹Lúcia Rolim Santana de Freitas²Elisabeth Carmen Duarte¹¹Universidade de Brasília, Área de Medicina Social da Faculdade de Medicina, Brasília-DF, Brasil²Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Resumo

Objetivo: estimar e discutir indicadores selecionados de estrutura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em 2012. **Métodos:** estudo ecológico descritivo, com dados do censo das unidades de APS, etapa do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); indicadores de coberturas potenciais foram estimados para infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis. **Resultados:** os resultados evidenciaram altas coberturas ($\geq 70\%$) para agentes comunitários de saúde (87,6%), equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70%), com consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%); porém, coberturas ainda são incipientes ($\leq 30\%$) para equipes em unidades com sinalização externa adequada (25,4%), prestando atendimento nos finais de semana (28,4%) e contando com profissionais para acolhimento (10,4%). **Conclusão:** os achados deste estudo apontam para as grandes desigualdades de coberturas potenciais relativas aos indicadores de estrutura da APS entre as Unidades da Federação.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: to estimate and discuss selected indicators of Primary Health Care (PHC) structure in Brazil in 2012. **Methods:** a descriptive ecological study was carried out using Primary Health Care Centre census data from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB); potential coverage indicators were estimated for infrastructure, health team composition and services available. **Results:** the results revealed high coverage ($\geq 70\%$) in Brazil for Community Health Agents (87.6%), teams providing care 5 days or more a week (71.4%), in 2 or more daily periods (70%), with nursing care services (70.9%) and dressing changes (70.4%); on the other hand, coverage is still poor ($\leq 30\%$) for teams in health centres with adequate external signage (25.4%), delivering care at the weekend (28.4%) and reception of service users by health professionals (10.4%). **Conclusion:** the findings of this study point to the great inequalities between Brazilian states in potential coverage as shown by APS structure indicators.

Keywords: Health Evaluation; Structure of Services; Primary Health Care.

* O presente artigo é parte integrante da tese de Doutorado de autoria de Katia Crestine Poças, intitulada 'Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal', qualificada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília em 2016. O manuscrito tem sua origem em pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde – Proposta 922420800001110-04; Processo 25000.187078/2011-11 – e encontra-se registrado no Sistema de Convênios e Contratos de Repasse da Administração Pública Federal (SICONV) sob o nº 760463/11. Também houve etapas do estudo que foram apoiadas pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) – Edital FAPDF 10/2012, Programa de pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS. FAP/DF/SESDF/MS/CNPQ.

Endereço para correspondência:

Katia Crestine Poças – Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical, Campus Universitário Darcy Ribeiro, S/N, Asa Norte, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70904-970
E-mail: katiacrestine@gmail.com

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como a porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde, acolhendo usuários e promovendo a vinculação e responsabilização pela atenção a suas necessidades de saúde.¹ A APS é denominada como Atenção Básica (AB) no Brasil. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento da AB adequada às diversas realidades nacionais.¹

No Brasil, desde as últimas décadas, são identificadas várias iniciativas do Ministério da Saúde pela institucionalização da avaliação da AB.² Entre as mais recentes, encontra-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB),³ implantado em 2011, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹ O primeiro ciclo do PMAQ-AB, cumprido em 2012, registrou a adesão de 70% dos municípios brasileiros e incluiu a realização de um censo de estrutura e organização dos serviços de AB em todo o território nacional.

A estrutura dos serviços um dos componentes de avaliação de qualidade, ou seja: dada uma boa estrutura, um bom atendimento é mais provável (embora não seja certo) de ocorrer.

A partir do marco conceitual de autoria de Bárbara Starfield,⁴ entende-se por um serviço provedor de APS quando este apresenta quatro atributos essenciais:

- i) Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde
- ii) Longitudinalidade
- iii) Integralidade
- iv) Coordenação da atenção

Nesse contexto, o conceito de "qualidade" é relativo e complexo, e, em certa medida, exige redefinições sucessivas.⁴ Seu significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, cultural e do conhecimento científico acumulado por uma sociedade,⁵ em que diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde devem ser considerados.⁶ Grande parte dos estudos realizados nessa área tem-se baseado no referencial de Donabedian, que afirma ser a estrutura dos serviços um dos componentes de avaliação de qualidade,

ou seja: dada uma boa estrutura, um bom atendimento é mais provável (embora não seja certo) de ocorrer.⁷

O presente estudo teve como objetivo estimar indicadores de estrutura da Atenção Básica – AB – no Brasil e Unidades da Federação (UF), no ano de 2012.

Métodos

Foi realizado estudo de avaliação de cobertura, mediante delineamento descritivo ecológico, cujas unidades de análise foram 5.543 (99,5%) municípios brasileiros (27 [0,5%] municípios recusaram participar do estudo) no ano de 2012. Os dados de base nacional foram obtidos do censo das unidades básicas de saúde (UBS), realizado no âmbito do PMAQ-AB. A coordenação nacional do projeto coube ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa de todo o país.³

A coleta de dados foi gerenciada por consórcios dessas instituições de ensino e pesquisa. Uma das instituições parceiras do consórcio coordenado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi a Universidade de Brasília (UnB), onde a coordenação do projeto no Distrito Federal foi encarregada à pesquisadora e primeira autora deste estudo. Equipes de supervisores e entrevistadores utilizaram instrumentos pré-testados de coleta de dados, constituídos por três módulos. O módulo I observou *in loco* aspectos relacionados às condições de infraestrutura das UBS (censo de estrutura). O módulo II caracterizou a organização dos serviços e o processo de trabalho, mediante entrevista com os profissionais de saúde. E o módulo III consistiu de entrevista com usuários, sobre sua satisfação quanto aos serviços de saúde da AB. A presente análise utilizou-se dos resultados do módulo I.

As variáveis de estudo, relacionadas a cada uma das equipes de AB envolvidas no censo, foram agregadas em três subdimensões: infraestrutura, composição da equipe e serviços disponíveis.

I. Subdimensão de infraestrutura

Trata-se do número de equipes atuantes em UBS que possuem:

- i) atendimento em 5 ou mais dias na semana, em 2 ou mais turnos, por 8 ou mais horas diárias, no horário do almoço, nos finais de semana e dispondo de veículo para apoiar atividades externas;
- ii) acessibilidade 'adequada' para portadores de necessidades especiais (PNE), entendendo-se como

tal uma calçada em boas condições, ou tapete, ou piso antiderrapante, ou piso regular, ou piso liso, ou rampa de acesso, ou corrimão, ou porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas;

iii) identificação visual 'adequada', entendendo-se como tal a divulgação de pelo menos um dos seguintes itens para os usuários:

- participação no programa 'Saúde Mais Perto de Você';
- horário de funcionamento;
- listagem de ações;
- ofertas de serviços;
- escala dos profissionais;
- telefone da Ouvidoria do Ministério da Saúde;

iv) sinalização interna 'adequada', com identificação dos serviços prestados; e

v) sinalização externa 'adequada', entendendo-se como tal a presença de totem externo com sinalização da unidade ou placa na fachada da UBS de acordo com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde.

II. Subdimensão de composição da equipe de AB

Trata-se do número de equipes, a saber:

- i) equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- ii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS) –;
- iii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS – aos quais se somam profissionais dedicados ao acolhimento;
- iv) equipes de AB parametrizadas, organizadas de maneira diferente às da ESF e que, para aderir ao PMAQ-AB, atendem um conjunto de parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde;³ e
- v) equipes com outras configurações, ou seja, não organizadas como ESF e tampouco AB parametrizadas.

III. Subdimensão de serviços disponíveis

Trata-se do número de equipes com serviços selecionados de AB disponíveis, a saber:

- consultas de enfermagem;
- realização de curativos;
- consultas médicas;
- vacinação;
- dispensação de medicamentos pela farmácia;
- consultas odontológicas; e
- acolhimento.

Foram estimados indicadores de cobertura (%) para o Brasil e cada UE. Neste estudo, o conceito de cobertura refere-se à cobertura potencial, conforme proposto por

Soberón *in* Vieira-da-Silva, ou seja: cobertura correspondente à capacidade e possibilidade de oferta.⁸

A cobertura potencial foi estimada como o percentual da população que, potencialmente, seria coberta por um determinado serviço de AB, considerando-se a referência de 3.000 pessoas por equipe. Esta referência é baseada na média de pessoas a serem atendidas por cada ESE, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde.¹ Para o cálculo de cobertura dos ACS, considerou-se a referência de um ACS para cada 750 pessoas, critério estabelecido pelo mesmo Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹ As medianas, assim como 1º e 3º quartis, das coberturas potenciais foram estimadas com base nas separatrizes da distribuição observada para as 27 UE. Os resultados dessa etapa foram apresentados em tabelas e gráficos de tipo *box plot*.

Para efeito de síntese dos indicadores, foram consideradas coberturas baixas (abaixo de 30%), intermediárias (30 a 69,9%) e altas (70% ou mais).⁹

As tabulações, figuras e análises foram realizadas com auxílio dos programas Microsoft Office Excel 2007 e Statistics Data Analysis (Stata) versão 11.2.

O projeto do estudo, representativo de uma etapa do PMAQ-AB, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Pelotas: 038/12 CEP/FAMED/UFPel.

Resultados

Em 2012, foram identificadas 38.812 UBS, com um total de 49.331 equipes de AB ativas no Brasil, assim distribuídas: 39.045 equipes (79,1%) de ESF, 5.459 equipes (11,1%) de AB parametrizadas e 4.827 equipes (9,8%) com outras configurações. Esses resultados permitiram estimar coberturas de AB de 76,3% da população; e de ESF, de 60,4% da população (Tabela 1).

Altas coberturas foram identificadas para atendimentos de ACS (87,6%), para equipes com atendimento em cinco ou mais dias na semana (71,4%), em dois turnos ou mais (70,0%), com serviços disponíveis de consulta de enfermagem (70,9%) e curativos (70,4%). Por sua vez, coberturas todavia incipientes foram notadas para equipes em UBS com sinalização externa adequada (25,4%), com atendimento nos finais de semana (28,4%) e cuja equipe mínima completa possuía profissionais para acolhimento (10,4%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores de estrutura disponíveis na Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

Indicadores	Cobertura (%) Nordeste									Cobertura (%) Norte									Cobertura (%) Sudeste									Cobertura (%) Sul									Cobertura (%) Centro-Oeste								
	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	RO	AC	AM	RR	PA	AP	TO	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	MS	MT	GO	DF																		
Atenção Básica	95,3	100,0	98,4	100,0	100,0	79,3	98,4	100,0	91,3	69,2	79,1	57,1	100,0	64,7	93,2	93,7	98,0	81,6	51,8	43,4	85,7	98,6	76,4	70,4	92,4	91,6	26,8																		
Infraestrutura																																													
5 ou mais dias da semana	89,5	100,0	90,4	97,9	100,0	74,6	92,2	100,0	81,7	65,8	76,7	56,1	100,0	63,4	91,0	91,8	93,6	77,9	49,8	42,3	79,3	95,3	70,8	68,3	86,1	85,6	24,6																		
2 ou mais turnos	88,9	96,6	93,3	84,0	100,0	73,7	93,4	95,4	82,0	49,2	69,6	55,9	100,0	52,7	85,0	92,5	90,4	77,5	51,0	42,3	77,7	95,0	69,3	66,1	88,1	80,6	26,7																		
8 ou mais horas diárias	82,1	79,3	83,5	73,5	91,0	64,3	87,5	86,7	73,1	47,9	65,6	50,8	88,8	47,6	79,9	91,0	88,6	71,9	49,1	41,6	74,8	88,1	63,9	62,3	82,3	83,2	24,5																		
Acessibilidade para PNE*	52,0	73,2	72,8	77,7	83,9	55,3	71,2	92,9	60,3	51,7	54,6	34,9	90,1	38,9	61,0	80,6	76,4	59,7	37,0	40,9	62,1	88,0	64,3	60,5	62,8	63,0	18,1																		
Identificação visual	64,0	78,3	80,1	67,4	75,3	63,8	75,6	81,2	59,8	41,3	63,7	35,4	86,9	33,8	64,4	82,7	70,4	51,8	39,9	35,7	50,7	86,4	53,3	35,2	44,7	72,3	20,5																		
Veículo disponível	64,7	98,6	90,3	82,2	70,3	43,4	82,1	98,5	63,8	49,6	31,2	9,2	30,0	27,4	26,2	58,4	68,1	63,1	19,0	29,2	69,9	92,3	54,1	46,3	41,8	57,2	7,0																		
Horário do almoço	27,3	36,4	30,0	38,5	27,0	42,2	45,3	65,1	29,5	38,9	25,3	28,9	67,7	32,6	68,7	42,3	64,9	51,5	43,2	36,6	39,3	27,7	23,4	13,7	20,2	48,2	10,3																		
Sinalização interna	29,2	37,7	55,7	45,7	46,7	44,0	47,6	42,1	33,0	29,8	46,3	20,4	65,2	23,3	49,0	42,3	45,6	24,3	27,1	26,7	33,7	52,5	42,2	15,4	30,4	26,9	11,2																		
Final de semana	30,5	38,5	31,3	44,8	20,4	28,0	29,8	31,4	20,1	26,0	20,6	23,3	47,3	24,6	47,2	47,4	28,8	49,5	35,4	20,7	46,0	47,3	17,6	25,9	36,0	25,2	17,1																		
Sinalização externa	16,6	29,9	22,7	27,1	33,7	34,5	23,5	64,1	29,3	22,1	53,0	23,1	50,5	13,1	23,2	22,6	38,7	16,7	19,3	18,0	28,6	43,9	18,3	16,2	21,7	37,6	9,5																		
Composição das equipes																																													
Agentes comunitários de saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	79,7	100,0	91,1	100,0	90,0	91,3	100,0	100,0	96,4	52,6	43,1	78,4	100,0	58,2	100,0	100,0	86,6	28,1																		
Estratégia Saúde da Família	85,2	100,0	85,4	92,4	100,0	68,6	86,5	100,0	73,5	56,6	66,4	46,3	99,0	44,1	57,5	81,9	80,9	60,0	40,8	29,5	63,8	80,6	45,1	62,3	67,3	80,2	18,1																		
Equipe mínima completa	67,4	82,2	57,9	73,5	90,0	60,3	68,3	67,2	60,9	38,7	51,8	30,5	44,1	32,3	30,1	56,1	59,6	40,5	24,2	19,7	46,7	63,0	40,8	51,4	55,9	49,7	14,5																		
Equipe com profissionais para acolhimento	6,3	5,5	15,8	17,4	12,3	8,0	20,8	16,8	12,9	4,3	4,7	2,8	6,4	5,4	6,4	17,1	19,6	1,4	4,2	7,2	13,5	20,0	10,0	11,9	12,2	9,3	2,2																		
Atenção Básica parametrizada	4,0	10,2	10,1	5,4	5,0	6,5	5,1	10,1	10,1	4,9	11,5	2,7	3,2	11,6	9,9	4,7	10,5	6,3	4,9	7,9	10,0	13,7	12,6	5,6	11,5	7,8	5,2																		
Outras configurações	6,2	8,4	2,9	10,5	8,4	4,2	6,7	4,3	7,7	7,7	1,2	8,2	3,2	9,0	25,8	7,2	6,6	15,3	6,1	6,0	11,8	4,2	18,7	2,5	13,7	3,6	3,5																		
Serviços disponíveis																																													
Consulta de enfermagem	86,5	100,0	95,9	100,0	100,0	76,9	94,2	100,0	85,2	60,0	77,5	51,5	98,4	55,0	68,3	93,1	88,2	67,5	48,5	42,4	77,7	94,4	70,7	67,8	83,4	88,8	25,9																		
Curativos	86,2	100,0	92,2	96,8	100,0	77,2	96,2	100,0	84,2	57,0	67,6	52,1	79,9	55,4	85,9	87,8	89,0	76,3	46,1	41,9	78,6	97,0	72,1	67,9	88,4	79,9	24,8																		
Consulta médica	78,0	100,0	86,9	95,5	100,0	69,5	88,5	100,0	79,3	54,7	62,9	46,2	85,0	47,3	63,1	90,8	84,5	57,9	49,0	41,8	80,3	96,2	72,9	68,0	80,9	86,5	26,8																		
Vacinação	81,7	99,0	94,7	91,6	100,0	77,3	92,0	100,0	75,9	41,7	74,7	33,7	76,0	48,1	64,4	89,1	68,7	50,1	43,0	36,7	67,3	75,3	61,1	58,2	77,8	72,2	20,5																		
Dispensação de medicamentos	78,9	100,0	91,7	76,2	89,9	75,6	76,9	91,1	79,7	51,7	71,2	50,0	100,0	56,4	81,6	65,2	56,2	64,5	46,8	35,8	69,7	91,2	56,3	47,2	58,8	76,4	25,1																		
Consulta odontológica	53,6	88,6	76,4	83,3	100,0	59,9	72,9	83,6	58,5	35,7	54,2	35,0	65,2	34,3	51,1	85,5	57,7	51,8	36,5	33,2	62,0	81,8	59,7	65,1	60,6	68,6	20,0																		
Acolhimento	33,0	30,8	75,9	61,6	53,0	38,3	68,5	86,1	60,5	12,6	34,0	19,5	53,0	29,5	44,7	66,2	85,8	48,5	44,5	40,6	62,5	86,9	56,4	35,8	47,5	60,4	25,0																		

a) PNE: pontuação de necessidade esperada = (função parametrizada + função não parametrizada) / cobertura de atenção básica. Eventualmente, essa soma é superior a 100%, devido à utilização de base populacional de 3.000 para seus cálculos. Todos os valores que excederam 100 foram ajustados para o limite máximo de 100,0. Para o cálculo de cobertura a dois agentes comunitários (ACSC), considerou-se o parâmetro de 1 ACS por 750 pessoas.

Indicadores de infraestrutura

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas no Brasil, um total de 46.154 referiram atender em cinco dias ou mais na semana (Tabela 2 e Figura 1). A cobertura de equipes com essa infraestrutura foi estimada em 71,4%, e variação entre 24,6% no Distrito Federal e 100,0% em Roraima, Piauí, Paraíba e Sergipe. Quanto ao atendimento por equipes de AB que ofereciam dois ou mais turnos de expediente (n=45.234 equipes), a cobertura foi de 70,0%, com variação entre 26,7% no Distrito Federal e 100,0% em Roraima e Paraíba. A cobertura de equipes com funcionamento em oito ou mais horas diárias (n=42.226 equipes) foi de 65,3%, com variação entre 24,5% no Distrito Federal e 91,0% no Tocantins.

Em relação às equipes com estrutura adequada para PNE (n=36.796), a cobertura foi de 56,9%, variando entre

18,1% no Distrito Federal e 92,9% em Sergipe. A cobertura de equipes (n=33.063) que dispunham de veículo para realizar atividades externas foi de 51,1%, com variação entre 7,0% no Distrito Federal e 98,6% no Piauí. O atendimento no horário do almoço era disponibilizado por 24.711 equipes, com cobertura de 38,2% e variação entre 10,3% no Distrito Federal e 68,7% no Amapá. Quanto às equipes que dispunham de sinalização interna adequada (n=22.366), a cobertura foi de 34,6%, variando entre 11,2% no Distrito Federal e 65,2% em Roraima.

As menores coberturas foram identificadas para equipes que atendiam nos finais de semana (28,4%; n=18.381 equipes) e que pertenciam à UBS com sinalização externa adequada (25,4%; n=16.410 equipes), sendo que as variações das coberturas desses dois indicadores se encontraram, respectivamente, entre

Tabela 2 – Distribuição das coberturas potenciais dos indicadores de estrutura disponíveis na Atenção Básica, Brasil, 2012

Indicadores	Coberturas (%)			Mediana (%)	Equipes (n)
	baixa: <30%	Intermediária: ≥30%	alta: ≥70%		
Atenção Básica			73	91,6	49.331
Infraestrutura					
5 ou mais dias da semana	–	–	71,4	85,6	46.154
2 ou mais turnos	–	–	70,0	82,0	45.234
8 ou mais horas diárias	–	65,3	–	74,8	42.226
Acessibilidade para PNE ^a	–	56,9	–	62,1	36.796
Identificação visual	–	54,3	–	63,8	35.079
Veículo disponível	–	51,1	–	57,2	33.063
Horário do almoço	–	38,2	–	36,6	24.711
Sinalização interna	–	34,6	–	37,7	22.366
Final de semana	28,4	–	–	29,8	18.381
Sinalização externa	25,4	–	–	23,2	16.410
Composição das equipes					
Agentes comunitários de saúde	–	–	87,6	100,0	226.594
Estratégia Saúde da Família	–	60,4	–	68,6	39.045
Equipe mínima completa	–	44,7	–	51,8	28.889
Equipe com profissionais para acolhimento	10,4	–	–	9,3	6.744
Atenção Básica parametrizada	8,4	–	–	7,8	5.459
Outras configurações	7,5	–	–	6,7	4.827
Serviços disponíveis					
Consulta de enfermagem	–	–	70,9	83,4	45.843
Curativos	–	–	70,4	79,9	45.542
Consulta médica	–	67,8	–	79,3	43.829
Vacinação	–	61,8	–	74,7	39.957
Dispensação de medicamentos	–	60,8	–	71,2	39.340
Consulta odontológica	–	53,4	–	59,9	34.559
Acolhimento	–	52,9	–	48,5	34.221

a) PNE- portadores de necessidades especiais

Nota: Para efeito de síntese dos diferentes indicadores, as coberturas das Unidades da Federação foram consideradas baixas (<30%), Intermediárias (30-69%) e altas (≥70%).

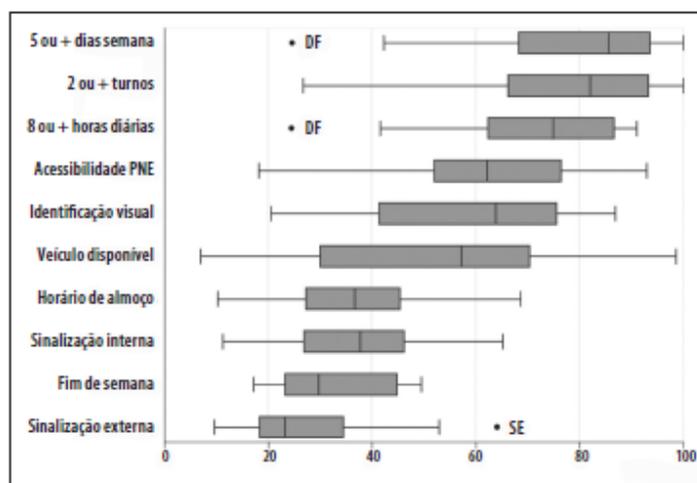


Figura 1 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores da subdimensão de Infraestrutura da Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

17,1% (Distrito Federal) e 49,5% (Espírito Santo), e entre 9,5% (Distrito Federal) e 64,1% (Sergipe).

Indicadores de composição das equipes

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas, a cobertura de ACS (n=226.594 agentes) foi de 87,6%, destacando como os menores valores: 28,1% no Distrito Federal, 43,1% em São Paulo, 52,6% no Rio de Janeiro e 58,2% no Rio Grande do Sul (Tabela 2 e Figura 2).

A cobertura de equipes (n=39.045) de ESF foi de 60,4%, com variação entre 18,1% no Distrito Federal e 100,0% no Piauí, Paraíba e Sergipe. Quanto às equipes (n=28.889) que possuíam seu quadro mínimo completo de profissionais de saúde, a cobertura foi de 44,7% e a variação entre 14,5% no Distrito Federal e 90,0% na Paraíba.

Para as equipes (n=6.744) que possuíam profissionais para acolhimento, a cobertura foi de 10,4% e a variação entre 1,4% no Espírito Santo e 20,0% em Santa Catarina.

Sobre as equipes (n=5.459) de AB parametrizadas, a cobertura foi de 8,4%, com variação de 2,7% no Amazonas a 13,7% em Santa Catarina. Apenas 7,5% da população eram cobertas por equipes (n=4.827) com outras formas de organização, merecendo destaque as coberturas com valores atípicos identificadas no Amapá (25,8%) e no Rio Grande do Sul (18,7%).

Indicadores de serviços disponíveis

Entre as 49.331 equipes de AB identificadas no Brasil, as maiores coberturas foram estimadas para equipes com

consultas de enfermagem (70,9%; n=45.843 equipes) e serviços de curativos (70,4%; n=45.542 equipes); o Distrito Federal se destaca nessas coberturas, pelos valores mais baixos apresentados: 25,9% e 24,8%, respectivamente. A cobertura populacional de equipes com consultas médicas foi de 67,8% (n=43.829 equipes), atingindo valor mais baixo no Distrito Federal (26,8%), entre todas as UF (Tabela 2 e Figura 3).

Em relação às equipes com serviço de vacinação, a cobertura foi de 61,8% (n=39.957 equipes), com valor mais baixo no Distrito Federal (20,5%), entre todas as UF. Para as equipes (n=34.559) com consultas odontológicas, estimou-se cobertura de 53,4%, variando entre 20,0% no Distrito Federal e 100,0% na Paraíba.

Quanto às equipes (n=39.340) com disponibilidade de dispensação de medicamentos, a cobertura foi de 60,8%, variando entre 25,1% no Distrito Federal e 100,0% no Piauí e Roraima.

A cobertura para serviços (n=34.221) de acolhimento foi de 52,9%, e sua variação estendeu-se entre 12,6% (Rondônia) e 86,9% (Santa Catarina).

Discussão

Este é o primeiro artigo que, baseado em dados nacionais censitários, estima e discute as coberturas potenciais de AB no Brasil segundo indicadores selecionados de estrutura. Seus achados apontam para altas coberturas potenciais (70,0% ou superior), tanto para AB geral

como para atendimentos de ACS. Também se destacam com altas coberturas alguns indicadores, em particular: atendimento em cinco ou mais dias na semana; dois ou mais turnos de atendimento; disponibilidade de consultas de enfermagem; e serviços curativos. Não obstante, outros indicadores relevantes apresentam baixas coberturas potenciais (<30%) no país, a exemplo de atendimento nos finais de semana, disponibilidade de profissional para acolhimento nas equipes de AB e sinalização externa. Observaram-se, todavia, grandes desigualdades regionais nesses indicadores, com algumas UF sobressaindo-se, repetidamente, com coberturas potenciais de AB e ESF bastante insipientes.

A estimativa de cobertura potencial adotada neste estudo permitiu observar que, a despeito das altas proporções de UBS disporem de um determinado recurso ou serviço, parcela significativa da população ainda pode estar descoberta se a cobertura de AB na UF for incipiente. O que explica, em parte, resultados aparentemente discrepantes entre as coberturas estimadas no presente estudo e, particularmente, uma publicação atual do Ministério da Saúde fundamentada na mesma base de dados utilizada aqui.¹⁰

Neste estudo, foram evidenciadas altas coberturas de AB em 21 das 27 UF, de equipes com ESF em 13 das 27 UF e de atendimentos de ACS em 23 das 27 UF. Esses resultados corroboram as diretrizes da PNAB que identificam na

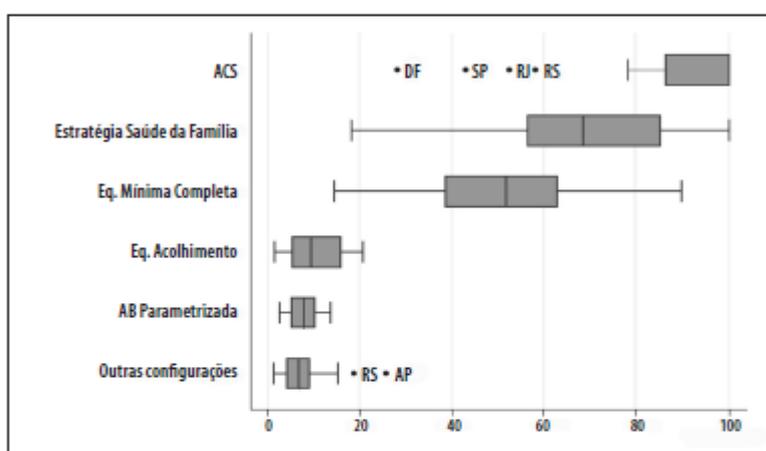


Figura 2 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores da subdimensão de composição das equipes de Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

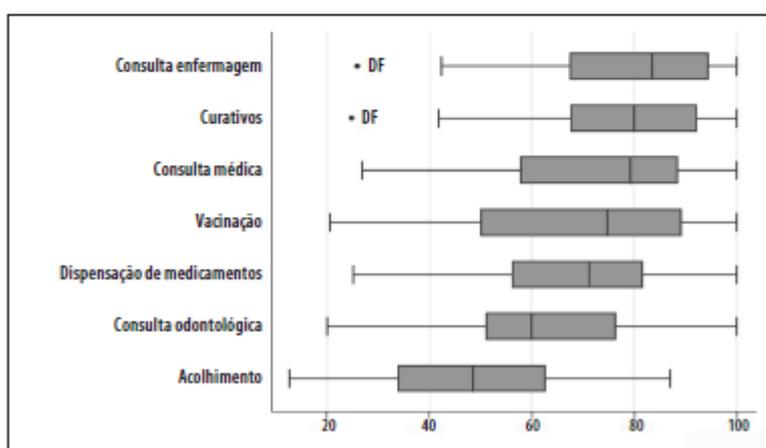


Figura 3 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores de estrutura relativos à subdimensão de serviços disponíveis na Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB um elemento facilitador da ampliação da resolubilidade e de favorável relação custo-efetividade.¹

É possível observar o claro direcionamento das mais altas coberturas de AB para estados e regiões do país menos beneficiados economicamente. Por exemplo, observa-se que na região Nordeste, todas as UF apresentaram altas coberturas de AB de equipes com ESF e atendimentos de ACS. Única exceção coube ao estado de Pernambuco, que referiu cobertura intermediária de equipes com ESF. Esses resultados indicam a contribuição dessas estratégias para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo em territórios com vazios assistenciais e sociais, nas periferias das cidades e na zona rural dos pequenos e médios municípios brasileiros.¹¹ De fato, o Brasil vem sendo citado como exemplo bem-sucedido de política de APS envolvendo ACS em larga escala.¹²

De maneira semelhante, o crescimento relativo da cobertura de ESF no período de 1999 a 2004 foi maior no Nordeste do que no Sul, sendo que a cobertura de ESF cresceu 35,0% ou mais em aproximadamente 65,0% dos municípios nordestinos, enquanto no Sul, esse crescimento foi de apenas 5,0%.¹³

Os achados do presente estudo, corroboram dados apresentados pelo DAB/SAS do Ministério da Saúde, indicando que a maioria dos municípios brasileiros de baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) (75,0%) encontra-se no estrato de maior cobertura da ESF (70,0% ou mais).¹⁴ Como resultado dessa clara intenção de busca de equidade, estudos têm sugerido que a expansão da ESF nas regiões menos desenvolvidas economicamente tem contribuído para a redução das desigualdades em saúde, particularmente nos diferenciais de acesso e na cobertura dos serviços de saúde no Brasil.^{9,15,16}

No país, outras políticas sociais têm sido implementadas sob o princípio da justiça social e da equidade. Como consequência dessas iniciativas, recentemente, têm-se observado e descrito efeitos sinérgicos entre essas políticas, positivos para a saúde, a exemplo da interação entre a ESF e o Programa Bolsa Família (PBF) e seus resultados alcançados na redução do risco de morte infantil.¹⁶ Nesse sentido, cabe citar as induções da própria PNAB, cujo desenho de financiamento, pautado na equidade, beneficia o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre, e com as menores densidades demográficas.

Chama a atenção que os estados da região Norte não tenham apresentado o mesmo desempenho dos estados da região Nordeste, com respeito às coberturas desses indicadores. No que se refere à cobertura das equipes com ESF, apenas dois dos sete estados do Norte brasileiro apresentaram altas

coberturas. Vale lembrar que a PNAB¹ induz a conformação de equipes com modelagens diferenciadas, para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Assim, torna-se necessário avaliar as respostas às especificidades dessas regiões e suas demandas reais.

No contexto geral, baixas coberturas potenciais foram estimadas, especialmente quanto ao funcionamento das equipes no horário do almoço e nos finais de semana. Esse achado aponta para o persistente desafio no acesso à AB de populações trabalhadoras, com pouco espaço de negociação para se ausentarem do ambiente laboral. Outros fatores devem ser considerados, a exemplo do esforço recente do Brasil e de algumas UF no aprimoramento da rede de urgência e emergência, com a expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA). Esta opção estratégica dos gestores pode, em certa medida, ocultar as consequências da não oferta dos serviços de AB nos finais de semana e em horários de almoço. Trata-se de uma suposição digna de aprofundamento em próximos estudos.

Mais um resultado de infraestrutura relevante é a baixa presença de sinalização externa e interna, como fatores limitantes do acesso geográfico à UBS e à AB, possível consequência do uso de casas adaptadas para o funcionamento dessas unidades e serviços. Estudos destacam as sinalizações como condições favorecedoras da acessibilidade.^{17,18} Outras pesquisas, dedicadas à avaliação dos aspectos da estrutura da AB, encontraram situações semelhantes ao nosso estudo nos ambientes físicos e de recursos materiais,^{13,19,20} e de pessoal,²¹ assim como características de estrutura inadequadas ao acesso de idosos e portadores de deficiências.²²

O acesso é uma condição interferente na relação entre a procura e a entrada no serviço, sendo as características da oferta capazes de facilitar ou obstruir a utilização de serviços de saúde por potenciais usuários.²³ Informação, sinalização e acessibilidade são aspectos de ambiência definidos para o SUS pela Política Nacional de Humanização (PNH).²⁴

Foram observados resultados favoráveis para o Brasil quanto às equipes com consultas de enfermagem e com serviços de curativos. Coberturas intermediárias foram identificadas para serviços essenciais, tais como consultas médicas, vacinação, dispensação de medicamentos, consultas odontológicas e serviços de acolhimento.

Os resultados apresentados apontam para as grandes desigualdades de coberturas potenciais relativas aos indicadores de estrutura da AB, entre as UF do Brasil. Duas situações devem ser discutidas. A primeira diz respeito às UF que, embora referissem cobertura potencial de AB intermediária ou alta, apresentarem indicadores precários de estrutura, com parcela

considerável da população descoberta. Exemplos deste grupo são Mato Grosso do Sul, Rondônia e Pará. A segunda situação diz respeito às UF com coberturas potenciais de AB baixas ou intermediárias, o que de certa forma limita a possibilidade de alcance de cobertura para todos os indicadores analisados. Neste grupo estão o Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro. O Distrito Federal apresentou os menores percentuais de cobertura para, virtualmente, todos os critérios estudados. Embora os precários indicadores de estrutura sejam, em certa medida, condicionados pelos valores de cobertura de AB nesses estados, ainda assim, indicam que parcela relevante da população se encontra potencialmente descoberta por esses serviços, o que deve ser objeto da atenção dos gestores.

Hoje no Brasil, a AB, especialmente a ESF, é heterogênea em sua implementação nas diferentes áreas geográficas, não apenas em termos de cobertura como também em relação ao alcance dos atributos da APS. Das relações interfederativas no SUS, das diretrizes para a implementação da ESF emanadas do nível federal, resultará a concretude de uma Atenção Primária à Saúde definida no contexto local, cujas condições – e sua interpretação – definirão sua singularidade, resultando na diversidade de estruturas, composições de equipes, operacionalização, oferta de serviços e características daquilo que hoje denominamos Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

É possível que em contextos de menor abrangência, outros estudos possam detalhar a diversidade e as características da AB buscando explicar sua qualidade nestes contextos específicos. Avançar no aprofundamento teórico e na combinação de metodologias capazes de mensurar a qualidade da AB no âmbito nacional, e também nesses contextos em que a ESF se interpreta e reinterpreta, são desafios permanentes a enfrentar.

O presente estudo também apresenta limitações. O uso de um conjunto de indicadores de estrutura como *proxis* de medidas diretas de acesso e utilização pode levar ao risco de extrapolar o limite de seus significa-

dos. Tais indicadores de estrutura, no entanto, podem facilitar ou dificultar o alcance desses atributos da APS, igualmente dependentes de outros indicadores.

Outra limitação pode estar associada à acurácia da base populacional, definida em 3.000 pessoas (média definida na PNAB) para estimativa dos indicadores de coberturas potenciais. Ainda assim, acredita-se que seja mais informativa essa abordagem metodológica do que outras, adotadas para descrever a oferta de serviços, tão somente baseadas no número de UBS.

A determinação das redes causais que relacionam a estrutura dos serviços de saúde a seus resultados é complexa, pressupõe a consideração de diversas dimensões para sua identificação.²⁰ Os achados deste trabalho contribuem para valorizar os componentes de estrutura na avaliação dos serviços de saúde e discutir sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e com o alcance dos resultados, no que interessa ao estado de saúde dos indivíduos e da população. O presente estudo revela a heterogeneidade na implantação da Atenção Básica no país, e os desafios para a sua avaliação.²⁵

A metodologia aqui utilizada poderá ser adaptada para monitorar a distribuição dos recursos nos serviços de saúde, em diversos níveis. A avaliação conduzida em unidades geográficas menores seria beneficiada por uma maior homogeneidade, contribuindo para futuras análises, a serem conduzidas em colaboração, visando institucionalizar a avaliação nos serviços e a consecução de um sistema de saúde universal e equânime.

Contribuição das autoras

Poças KC e Duarte EC participaram de todas as etapas da análise e redação do artigo. Freitas LRS contribuiu na organização do banco de dados e análises estatísticas. Todas as autoras contribuíram na elaboração das versões preliminares e aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 out 24; Seção 1:48.
2. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Cienc Saude Coletiva. 2006 jul-set;11(3):553-63.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2016 dez 23]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde; 2004.
5. Cazarin G, Poças KC, Mendes M. Avaliação e qualidade em saúde: fonte de inovações e reflexões. *Rev Bras Saude da Família*. 2011;29:51-8.
6. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica*. 2002 nov-dez;18(6):1561-9.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005 Dec;83 (4):691-729.
8. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
9. Aquino R, Oliveira NE, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):87-93.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Retratos da atenção básica no Brasil 2012: características das Unidades Básicas de Saúde* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 dez 23]. (Gestão da Atenção Básica; v. 1). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_1.pdf
11. Sousa ME. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa ME, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014.
12. World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care now more than ever* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2016 Dec 23]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):669-81.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de indicadores do SUS nº4*. v.2. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Macinko J, Guanais FC, Souza ME. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):13-9.
16. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality : a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013 Jul;382(9886):57-64.
17. Ribeiro JP, Mamede SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. *Rev Eletr Enf*. 2015 jul-set;17(3):1-11
18. Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, Tristão FI, Rocha EMS, Rabello AE, et al. *Ambiência na Estratégia Saúde da Família*. *Vigil Sanit Debate*. 2015;3(2):36-41.
19. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saude Publica*. 2001 jan-fev;17(1):131-9.
20. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACE, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010 nov;10 supl 1:s69-81.
21. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010 nov;10 supl 1:s61-8.
22. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2009 jan-fev;14(1):39-44.
23. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato IVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
25. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saude Pública* 2012; 28:1273-84.

Recebido em 08/07/2016
Aprovado em 11/10/2016

APENDICES

APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista a ser utilizado no Inquérito Telefônico

ITENS COMUNS ÀO VIGITEL E AO ESTUDONO DISTRITO FEDERAL

Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando em nome do Ministério da Saúde e da Universidade de Brasília. Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde em conjunto com a UnB (Universidade de Brasília) sobre condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação.

1. O seu número de telefone é XX? sim Nome do sorteado:

2. Por favor, qual é o seu nome? _____

3. Qual é a sua idade? ____ anos (se maior ou igual a 18 anos, vá para a P5)

4. As perguntas são direcionadas a pessoas com pelo menos 18 anos. Você poderia chamar outra pessoa?

sim não (recusa, agradeça e encerre)

5. Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é XX. Estou falando de Belo Horizonte, a pedido do Ministério da Saúde e da UnB, que está avaliando as condições de saúde da população adulta brasileira. O seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação. O(a) Sr(a) pode colaborar respondendo algumas rápidas perguntas?

sim (pule para P6)

não - AGORA NÃO POSSO ->AGENDAR

Qual o melhor dia e horário para retornar a ligação?

REGISTRAR DATA E HORA residência para retornar

Qual é o seu nome? _____

Observações: _____

não - NÃO QUERO PARTICIPAR ->RECUSA

6. Quantas pessoas ao todo moram na sua casa? (inclusive empregados que dormem todos os dias da semana)

1 2 3 4 5 20

7. Quantas pessoas têm 18 anos ou mais?

1 2 3 4 5 20

8. Sr(a), para fazer esta avaliação por telefone, há necessidade de selecionar uma pessoa de sua casa. A avaliação poderá ser realizada no horário mais conveniente para a pessoa sorteada. O(a) sr(a) pode informar o primeiro nome, o sexo e a idade aproximada de todos os adultos que moram na sua casa?

sim

não quis informar Agradeça e encerre. **RECUSA**

Nome _____ Idade _____ Sexo masculino Adicionar
SORTEIO

feminino Excluir

A pessoa selecionada foi o(a) sr(a)

Nome do sorteado: XX

Idade: XX

Sexo: XX

CHECAR SE A PESSOA SORTEADA TEM CONDIÇÕES DE COMUNICAÇÃO POR TELEFONE, SEM INTERMEDIÁRIO, CASO CONTRÁRIO = PERDA

Posso falar com o(a) Sr(a) NOME DO SORTEADO agora?

sim (INICIE A ENTREVISTA)

não. Qual o melhor dia e horário para retornar a ligação? (**AGENDAR**)

AO FINAL DO QUESTIONÁRIO VIGTEL FORAM INSERIDAS TRÊS QUESTÕES PARA O DISTRITO FEDERAL:

Para finalizar, vou lhe fazer perguntas sobre os serviços de saúde que o (a) senhor(a) frequentemente usa.

R301. Quando está doente ou precisando de atendimento para cuidar da própria saúde qual o serviço de saúde o (a) senhor(a) costuma procurar?:

RESPOSTA ÚNICA - ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

PÚBLICO

1. **Unidade básica de saúde** (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou **PAM** – Posto de Assistência Médica
3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
4. Outro tipo de **Pronto Atendimento Público** (24 horas)
5. **Pronto-socorro** ou emergência de hospital público
6. **Hospital** público/ambatório
7. No **domicílio**, com profissional da **equipe de saúde da família**

PRIVADO/PARTICULAR

8. **Consultório** particular ou **clínica** privada
9. **Ambatório** ou **consultório** de empresa ou sindicato
10. **Pronto-atendimento** ou emergência (**pronto-socorro**) de hospital privado
11. No **domicílio**, com **médico particular**
12. Farmácia
13. Outro serviço (Especifique: _____)

R302. E agora, pensando nos últimos 12 meses, o (a) senhor(a) procurou atendimento em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (seja um posto de saúde ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) para cuidar da própria saúde? Se sim, quantas vezes? (LER OPÇÕES)

1. Nenhumavez (Agradeça e encerre a entrevista – vá para página final de encerramento)
2. 1ou2vezesnosúltimos12meses
3. 3a5vezesnosúltimos12meses
4. 6a9vezesnosúltimos12meses
5. 10oumaisvezesnosúltimos12meses
6. Procurou, mas não se lembra o número de vezes
7. Não se lembra se procurou

R303. Na última vez que o (a) senhor(a) procurou por algum Posto ou Centro de Saúde o senhor foi atendido?

1. Sim
2. Não
3. Não se lembra ou não sabe informar

R304. Temos mais uma última pergunta: O (a) senhor(a) aceitaria receber outra ligação que deve durar cerca de 7 minutos para colaborar respondendo um pouco mais sobre sua experiência na utilização desse serviço de saúde?

1. Sim (registre melhor dia /horário ou período e vá para página final de encerramento)
2. Não (Agradeça e encerre a entrevista – vá para página final de encerramento)

R305. Qual o melhor dia da semana e horário para retornar a ligação? REGISTRAR DATA E HORA

DIA: ___ / ___ / ___ / HORÁRIO: ___ : ___ Outro (especifique): _____

PARA A AMOSTRA DE USUÁRIOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO FEDERAL

Sr(a), a entrevista deverá durar cerca de 10 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas apenas para fins desta avaliação. Lembrando que para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. O(a) sr(a) poderá desistir de participar da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento.

Informamos que esta pesquisa está regulamentada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos (CONEP) do Ministério da Saúde, sob o número do parecer 355.590, podendo ser contatada no telefone (61) 3315-5878.

Q6. Para confirmar, qual sua idade? (só aceita ≥ 18 anos e < 150) _____ anos

Q7. Sexo: () masculino (pule a q14 - gravidez) () feminino (se > 50 anos, pule a q14)

A. O o (a) senhor(a) respondeu que procurou atendimento nos últimos 12 meses, em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (seja num Posto de saúde ou no Centro de Saúde ou na unidade saúde da família) para cuidar da própria saúde?

1. Sim
2. Não (ENCERRE)

B. Se sim, qual é a UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (seja num Posto de saúde ou no Centro de Saúde ou na unidade saúde da família) que o senhor normalmente procurou nos últimos 12 meses?

Anotar o nome citado: _____

Q8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

8A. Curso?	8B-Qual a última série (ano) oSr(a) COMPLETOU?	8.anos de estudo^(out-put)
1 <input type="checkbox"/> curso primário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	1,2,3,4
2 <input type="checkbox"/> admissão	<input type="checkbox"/> 4	4
3 <input type="checkbox"/> curso ginásialou ginásio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 5,6,7,8	
4 <input type="checkbox"/> 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 1 a 8	
5 <input type="checkbox"/> 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 9,10,11	
6 <input type="checkbox"/> 3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 ou + 12 a 19	
7 <input type="checkbox"/> pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	<input type="checkbox"/> 1 ou + 20	
8 <input type="checkbox"/> nunca estudou		0
777. não sabe (só aceita se q6>60)	888. não quis responder	

Vamos falar agora sobre acessos a serviços de saúde.

P0a A1Pcatool – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde?

1. Não<vá para P0b>
2. Sim (se **Sim**, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)
Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: _____
Endereço: _____

P0b A2Pcatool – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde que o/a conhece melhor como pessoa?

1. Não<vá para P0c>
2. Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde citado acima
3. Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (nesse caso, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)
Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: _____
Endereço: _____

P0c A3Pcatool – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

1. Não<vá para "A">
2. Sim – é o mesmo que A1 (onde costuma ir) e A2 (conhece melhor)
3. Sim – é o mesmo que A1 (onde costuma ir) somente

4. Sim – é o mesmo que e A2 (conhece melhor) somente
5. Sim, mas é um médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente dos citados antes
(nesse caso, poderia nos passar o nome ou endereço, por favor?)
Nome do Profissional ou Serviço de Saúde: _____
Endereço: _____

A partir de agora todas as perguntas seguintes serão sobre a _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB, no início do questionário), que o Sr(a) citou no início da entrevista.

Para a avaliação das próximas perguntas, por favor considere a seguinte escala:

- Com certeza, sim (4)**
Provavelmente, sim (3)
Provavelmente, não (2)
Com certeza, não (1)
Não sei / não lembro(9)

O Sr.(a) entendeu? Gostaria que repetisse as opções? Podemos continuar?

< Entrevistador: para reforçar, ler a escala sempre que julgar necessário para reforçar >

1. Quando o sr.(a) tem um novo problema de saúde, o sr.(a) vai ao (a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) antes de ir a outro serviço de saúde? **B2 Pcatool Reduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
2. O horário de funcionamento do(a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) atende às suas necessidades? **III.5.7 PMAQ**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
3. A localização do(a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) atende às suas necessidades?
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
4. Esse(a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) funciona no horário do almoço (12h às 14h)? **I.8.3 PMAQ**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
5. Esse (a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) fica aberto pelo em pelo menos um dia até as 8 hs da noite? **C2 Pcatool versão completa**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
6. Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até o (a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB)? **III.5.1 PMAQ**
Favor considerar o seu meio de transporte usual.
(Anotar o tempo em minutos) **minutos**
7. Quando o(a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) está aberto, o sr.(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? **C4 Pcatool Reduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
- 7.a Quando o(a) _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) está aberto, o SR.(A) consegue ser acolhido/atendido no grupo de acolhimento, enfermagem ou por outro profissional?
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
8. É difícil para o sr.(a) conseguir atendimento médico no _____ (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) quando pensa que é necessário? **C11 Pcatool Reduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

9. Quando o sr.(a) vai a (ao) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**, é o mesmo medico ou enfermeiro que atende o sr.(a) todas as vezes? **D1 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
10. O sr.(a) se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas ao medico/enfermeiro no _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**? **D6 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
11. O medico/enfermeiro da _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** sabe quais problemas são mais importantes para o sr.(a)? **D9 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
12. O sr.(a) mudaria do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? **D15 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
- 12.a. O sr.(a) já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que o sr.(a) utilizou o(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**? (E1)
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
<se responder Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9) → ir para questão 18>
13. O médico/enfermeiro do _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** sugeriu (indicou, encaminhou) que o sr.(a) fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? **E6 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
14. O médico/enfermeiro do _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? **E10 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
15. O médico/enfermeiro do _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** sabe quais foram os resultado desta consulta? **E11 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
16. O medico/enfermeiro do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB** pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)? **E13 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
17. O sr.(a) poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**? **F3 PcatoolReduzido**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
- 18a. Quando você vai ao no _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? [exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento, resultados de exames de laboratório]. **F1 Pcatool versão completa**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)
- 18b. Quando você vai no _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? **F2 Pcatool versão completa**
Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

A seguir apresentamos uma **lista de serviços/orientações** que o sr.(a) e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

18. Aconselhamento para problemas de saúde mental. G9 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

19. Aconselhamento sobre como parar de fumar? G17 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex. Diminuição da memória/ risco de cair). G20 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

21. Aconselhamento sobre alimentação saudável. H1 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

21b. Aconselhamento sobre dormir suficientemente. Pcatool versão completa

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

22. Aconselhamento a respeito de exercícios físicos apropriados para o sr.(a). H5 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

23. Aconselhamento sobre como prevenir quedas. H11 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

24. Verificação e discussão sobre os medicamentos que o sr.(a) está tomando. H7 PcatoolReduzido

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

25a. VACINAS (imunizações). G4 Pcatool versão completa

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

25b. Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau). G16 Pcatool versão completa

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

25. O médico/enfermeiro do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB) lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que o sr.(a) pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para o sr.(a) ou para um membro da sua família? I1 PcatoolReduzido**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

26a. O médico/enfermeiro do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB) já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? (I2) I2 Pcatool versão completa**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

O médico/enfermeiro do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB) se reuniria com membros da sua família se o sr.(a) achasse necessário? (I3) I3 PcatoolReduzido**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

27a. Alguém do(a) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) faz visitas domiciliares? **J1 Pcatool versão completa**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

27b. O seu(sua) _____ médico/enfermeiro OU (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? **J3 Pcatool versão completa**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

26. O(A) _____ (PUXAR o **NOME DA UBS citado na QB**) faz levantamentos (pesquisas) com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? **J4 Pcatool Reduzido**

Com certeza, sim (4) Provavelmente, sim (3) Provavelmente, não (2) Com certeza, não (1) Não sei / não lembro (9)

Para finalizar, vou lhe fazer perguntas sobre episódios de internação.

27. Nos últimos 12 meses o sr.(a) ficou internado em hospital por 24 horas ou mais? **PNS**

1. Sim 2. Não (Vá para Página Final de Encerramento)

28. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o sr.(a) esteve internado(a)? **PNS**

___ vezes (anotar número de vezes)

29. Qual foi o **PRINCIPAL** atendimento de saúde que o sr.(a) recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos 12 últimos meses? **PNS**

1. Tratamento clínico (Especifique: _____)

2. Cirurgia (Especifique: _____)

3. Exames complementares de diagnóstico

4. Parto normal (aceitar essa opção apenas se Sexo = Feminino)

5. Parto cesáreo (aceitar essa opção apenas se Sexo = Feminino)

6. Tratamento psiquiátrico

7. Outro (Especifique: _____)

PARA TODOS – PÁGINA FINAL DE ENCERRAMENTO

Sr(a) _____, *agradecemos pela sua colaboração.*

Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar.

Para confirmar: o (PUXAR o NOME DA UBS citado na QB) a que o Sr(a) se refere é o PUXAR DA LISTA DE UBS das cidades
?

Habilitar a opção: “Não sei / não lembro / Não quer responder” caso não seja possível (re) classificar.

O sr(a) gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

Se sim: O número é **136**.

OBRIGADO!

Observações (entrevistador):

PcatoolReduzido = itens para o cálculo dos escores de orientação à APS – Estudo 2 Artigo 3

Pcatool versão completa e PMAQ = itens inseridos para análise exploratória

PNS = itens inseridos para explorar possibilidades futuras de análises sobre episódios de internação