

Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?

Severina Alice da Costa Uchôa¹

Ricardo Alexandre Arcêncio²

Inês Fronteira³

Ardigleusa Alves Coêlho⁴

Claudia Santos Martiniano⁴

Isabel Cristina Araújo Brandão⁵

Mellina Yamamura⁶

Renata Melo Maroto⁷

Anny Karine Freire da Silva⁸

Objetivo: analisar a influência de indicadores contextuais no desempenho dos municípios ao acesso potencial à Atenção Primária à Saúde no Brasil. Método: estudo descritivo multicêntrico, com dados secundários da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção e participação de 17.202 Equipes de Atenção Básica. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de municípios nas dimensões territorialização, oferta, coordenação e integração. Quando necessário, considerou-se o Teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Para a variável população, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. Resultados: A maioria dos participantes era enfermeiro (n=15.876; 92,3%). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os municípios em termos de territorialização (p=0,0000), disponibilidade (p=0,0000), coordenação do cuidado (p=0,0000), integração (p=0,0000) e oferta (p=0,0000), verificando-se que os municípios que compõem o estrato 6 tendem a ter melhor performance nessas dimensões com melhor desempenho em todas as dimensões analisadas nos 4,5 e 6. Conclusão: fragilidade nos estratos de municípios menores confirmando iniquidades no acesso potencial à Atenção Primária à Saúde no Brasil como desafios à cobertura universal. Destaca-se o papel preponderante do enfermeiro para seu alcance.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Cobertura Universal.

¹ Pós-doutoranda, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Professor Associado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁴ PhD, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.





⁵ MSc, Professor, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário FACEX, Natal, RN, Brasil.

⁶ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

⁷ Doutoranda, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

⁸ Especialista em Leitura e Produção de Textos.

Como citar este artigo

Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what do the data from the National Program for Access and Quality Improvement show?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2672. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>. mês dia ano URL

Introdução

Em 2005, os países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiram compromisso de alcançar a meta de cobertura universal de saúde prevista nos objetivos do milênio e agenda pós-2015, no intuito de melhorar a saúde e o bem-estar da população. A cobertura universal é definida como acesso e uso oportuno dos serviços, considerando a compreensão das funções do sistema de saúde; agentes de saúde disponíveis, motivados e qualificados; acesso a medicamentos e produtos de saúde essenciais; serviços integrados, de qualidade, centrados no paciente; promoção da saúde e controle de doenças; sistema de informação preciso para tomada de decisão e financiamento com proteção contra os riscos financeiros⁽¹⁾. Tanto nas 25 nações mais ricas quanto nas em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, México e Tailândia e mesmo naquelas de baixa renda como Gana, Filipinas, Ruanda e Vietnã, há um crescente movimento nessa direção⁽²⁾.

O Brasil, desde a constituição de 1988, empreendeu esforços para cobertura universal como direito através do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, implantou a Saúde da Família, baseada no cuidado integral e trabalho em equipe multidisciplinar. Com essa estratégia, houve expansão da cobertura atingindo 57% da população (108 milhões de pessoas) em 2013⁽³⁾.

Entretanto, o acesso tem sido fortemente marcado pelas iniquidades sociais, havendo desfavorecimento das populações em situação de vulnerabilidade com impacto nas condições de saúde desses grupos, fazendo com que eles experimentem mais iatrogenias, tenham serviços de pior qualidade e ainda sofram mais com algumas condições de saúde, inclusive mortes evitáveis e prematuras. Assim, novas formas de organização dos sistemas, com perspectivas de cobertura universal de fato, têm sido vislumbradas para alcançar a equidade e a integralidade das ações⁽⁴⁾.

Outro desafio é a escassez na distribuição, competência e composição de recursos humanos, especialmente de médicos, enfermeiras e parteiras⁽⁵⁾. Em resposta ao componente mais crítico –médicos – foram adotados programas de incentivos à sua provisão e qualificação através do Programa de Valorização da Atenção Básica e importação de médicos estrangeiros com o *Mais Médicos* para o Brasil⁽⁶⁾.

Um avanço significativo rumo ao acesso aos serviços de saúde com qualidade e melhores condições de trabalho foi a implantação do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁽⁷⁾. O programa está organizado em quatro fases: adesão voluntária dos gestores de municipais; contratualização por cada Equipe de

Atenção Básica (EAB) de indicadores de desempenho e monitoramento; desenvolvimento com autoavaliação, apoio institucional e educação permanente; avaliação externa e reconstrução, iniciando um novo ciclo de qualidade. Na avaliação externa, 6 (seis) Instituições Superiores de Ensino (IES) nuclearam em todo território nacional a verificação, *in loco*, da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (censo) e o processo de trabalho das EAB contratualizadas.

A complexidade do paradigma da cobertura universal tem suscitado, nos últimos anos, estudos teóricos⁽⁸⁾ sobre seus princípios e repercussões no cenário brasileiro e alguns empíricos sobre APS⁽⁹⁾; utilização de serviços⁽¹⁰⁾; de medicamentos⁽¹¹⁾ e práticas educativas⁽¹²⁾.

Em que pese às contribuições sobre a temática, ainda são escassos os trabalhos de abrangência nacional que analisam as relações entre contexto, centralidade do trabalho dos profissionais nas equipes e acesso com foco na equidade. O objetivo deste artigo é, como base na avaliação externa do PMAQ-AB, analisar a influência de indicadores contextuais no desempenho dos municípios no que tange ao acesso potencial à APS no Brasil. Discute, ainda, a contribuição do trabalho da enfermagem nesse acesso.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, que se utiliza de dados oriundos do banco de Avaliadores Externos do PMAQ, de abrangência nacional.

Cenário da pesquisa

A adesão ao ciclo 1 do PMAQ foi de 17.482 Equipes de Atenção Básica (EAB distribuídas nos 3.944 (70,8%) do total dos municípios em 14.111 Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁽⁷⁾. Destas, 17.202 foram recrutadas para o estudo, por terem os questionários validados no banco do Ministério da Saúde.

População e amostra

A população do estudo está constituída de profissionais vinculados à equipe da Atenção Básica e habilitados no PMAQ⁽⁷⁾, sendo eles médicos, enfermeiros, dentistas. Em cada equipe foi selecionada para o estudo apenas uma unidade amostral.

Instrumentos de medida e fontes de dados:

Os questionários com perguntas fechadas foram disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a um mesmo treinamento sob supervisão. A seguir, foram enviados *on-line* ao sistema do Ministério

da Saúde, acessados e validados pelas IES baseadas no protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* Validador *on-line* do PMAQ-AB. Para análise dos dados, foram aqui incluídas a caracterização dos respondentes e quatro (4) dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 1º ciclo⁽⁷⁾. Foram escolhidas as dimensões consideradas pelos autores como sinalizadores do grau de acesso potencial, as quais estão descritas no plano de análise.

Classificação dos municípios segundo as variáveis de contexto

Salienta-se que os municípios arrolados para o estudo estão classificados em 6 estratos, considerando o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, o Percentual da população com plano de saúde, o Percentual da população com Bolsa Família, o Percentual da população em extrema pobreza e a Densidade Demográfica.

A composição dos estratos levou em conta, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa Família e o percentual da população em extrema pobreza: estrato 1 – Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes); estrato 2 – Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes; estrato 3 – Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes; estrato 4 – Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes; estrato 5 – Municípios com pontuação entre 5,41 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100,1 e 500 mil habitantes e estrato 6 – Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85⁽⁷⁾.

As variáveis consideradas para avaliar o acesso potencial apresentam-se descritas nas Tabelas 1, 2 e 3 com dimensões, variáveis, sua característica e natureza.

Plano de análise

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva das características dos estratos dos municípios em termos de recursos ofertados. Em relação ao desempenho dos municípios no que tange ao acesso, esse foi medido utilizando-se quatro dimensões do instrumento do PMAQ: territorialização, oferta, coordenação do usuário e integração. Para tal, as variáveis foram dicotomizadas em sim e não, recorrendo-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de municípios no que se refere às dimensões para o acesso

potencial. Quando necessário foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Para a variável população, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis a fim de verificar diferenças em relação à mediana de habitantes acompanhados por estrato. Em todos os testes aplicados, fixou-se o alpha em 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904, em 13 de março de 2012, e seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Resultados

Foram recrutadas para o estudo 17202 profissionais de saúde, tendo-se que a maioria era enfermeiro ($n = 15876$; 92,3%) com tempo de atuação entre 1 e 3 anos. Ainda, participaram do estudo 963 médicos (5,6%) e 363 (2,1%) dentistas com período de atuação equivalente.

Dentre os sujeitos arrolados, há o predomínio de profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família com saúde bucal ($n = 12.075$; 70,2%). Verificou-se mediana de um (1) profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cirurgião-dentista por equipe. Os dados revelam ainda que 5991 (49,6%) participantes não souberam responder se os usuários adscritos às suas unidades tinham a opção de escolher a unidade de saúde para seguimento.

Na Tabela 1, verifica-se o desempenho dos municípios para o acesso dos usuários considerando os estratos estabelecidos no PMAQ. Constatam-se diferenças estatisticamente significativas entre os municípios dos estratos 1, 2 e 3 com dos estratos 4, 5 e 6, observando-se que os profissionais desses últimos submetem-se mais às qualificações ($p = 0,0000$). Quanto ao plano de carreira, também foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0000$), sendo que os municípios dos estratos 4, 5 e 6 apresentam indicadores melhores; valores inferiores foram encontrados nos estratos 1, 2 e 3. Nesses últimos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas no que tange à política de formação e educação permanente ($p = 0,0000$).

Ainda na Tabela 1, observam-se diferenças estatisticamente significativas em termos de cobertura populacional, em que os estratos 5 e 6 acompanham um número mediano de pessoas bem acima dos estratos 1, 2 e 3. Da mesma forma podem ser observadas diferenças estatisticamente significativas entre os

municípios em termos de territorialização, verificando que os municípios dos estratos 4, 5 e 6 apresentam-se com melhores indicadores quando comparados aos outros, com uma maior proporção coberta pela equipe da atenção básica ($p=0,0000$) e com frequência de visitas domiciliares todos os dias às famílias ($p=0,0000$).

Na tabela 2, estão destacados os indicadores de desempenho relacionados à disponibilidade de recursos, capacidade de coordenação e integração. Pode-se observar que novamente os estratos 4, 5 e 6 apresentam melhores escores, o que foi estatisticamente significativo, como ter necessidades dos usuários escutados ($p=0,0000$), acolhimento com classificação de risco ($p=0,0000$) e agenda organizada para realização

das visitas domiciliares ($p=0,0000$). Os registros das queixas e condutas pela equipe para a coordenação do cuidado, assim como a existência de um sistema de registro ($p=0,0000$) e presença de um sistema instituído de regulação ($p=0,0000$), também foram aspectos que os municípios 4, 5 e 6 tiveram melhor desempenho.

A tabela 3 apresenta o desempenho dos municípios quanto à oferta ou ao elenco de serviços, tendo-se que aqueles classificados nos estratos 4, 5 e 6 apresentaram melhores indicadores quanto a medicamentos suficientes para atender sua população ($p=0,0000$), todavia uma maior proporção de profissionais contidos no estrato 6 relataram o uso de práticas em saúde alternativas ou complementares ($p=0,0000$).

Tabela 1 - Desempenho dos municípios quanto à qualificação profissional e territorialização para o acesso dos usuários aos sistemas de cobertura universal segundo estratos, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2012.

Dimensão	Variáveis	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Qualificação Profissional	Possui ou está em formação complementar (n=17.202)							0,000
	Sim	1.708 (9,93)	1.795 (10,43)	2.050 (11,92)	2.694 (15,66)	2.460 (14,30)	3.642 (21,17)	
	Não	457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
	Possui plano de carreira (n=16.936)							0,000
	Sim	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1.810 (10,69)	
	Não	1.877 (11,08)	2.069 (12,22)	2.245 (13,26)	2.647 (15,63)	2.194 (12,95)	2.279 (13,46)	
Territorialização	Existe ações de educação permanente que envolva os profissionais da atenção básica (n=17.113)							0,000
	Sim	1.432 (8,37)	1.596 (9,33)	1.878 (10,97)	2.601 (15,20)	2.481 (14,50)	3.969 (23,19)	
	Não	720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	
	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe							0,0001†
	Média	2165	2273	2527	3266	2814	4157	
	Considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de pessoas sob responsabilidade da equipe (n=15.691)							0,0000
Sim	1.024 (6,53)	1.141 (7,27)	1.323 (8,43)	1.705 (10,87)	1.423 (9,07)	2.648 (16,88)		
Não	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1.265 (8,06)	1.115 (7,11)	1.282 (8,17)		
Territorialização	Existe definição de área de abrangência da equipe (n=17.150)							0,0000
	Sim	2.086 (12,16)	2.197 (12,81)	2.456 (14,32)	3.190 (18,60)	2.763 (16,11)	4.113 (23,98)	
	Não	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
Territorialização	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe (n=17.092)							0,0000
	Sim	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1.083 (6,34)	1.391 (8,14)	1.513 (8,85)	
	Não	1.783 (10,43)	1.724 (10,09)	1.618 (9,47)	2.170 (12,70)	1.406 (8,23)	2.613 (15,29)	
Territorialização	Com qual frequência as pessoas fora da área de abrangência da equipe são atendidas por esta equipe (n=16.855)							0,0000
	Todos os dias da semana	900 (5,34)	828 (4,91)	1.001 (5,94)	1.247 (7,40)	1.255 (7,45)	2.152 (12,77)	
	Alguns dias da semana	966 (5,73)	1.135 (6,73)	1.201 (7,13)	1.502 (8,91)	1.222 (7,25)	1.673 (9,93)	
	Nenhum dia da semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)	

* p valor estatisticamente significativo ($p<0,05$).

† Aplicado teste kruskal-Wallis.

Fonte: Banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – 1º ciclo, Ministério da Saúde, Brasil, 2012.

Tabela 2 - Desempenho dos municípios quanto à disponibilidade de recursos, coordenação do cuidado e capacidade de integração entre os serviços para o acesso dos usuários aos sistemas de cobertura universal segundo estratos, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2012.

Dimensão	Variáveis	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Disponibilidade	Os usuários que chegam espontaneamente têm suas necessidades escutadas e avaliadas (n=17.140)							0,0000
	Sim	2.121 (12,37)	2.202 (12,85)	2.442 (14,25)	3.180 (18,55)	2.689 (15,69)	4.078 (23,79)	
	Não	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários (n=13.739)							0,0066
	Sim	1.265 (9,21)	1.385 (10,08)	1.645 (11,97)	2.286 (16,64)	2.050 (14,92)	3.442 (25,05)	
	Não	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
	A agenda está organizada para a realização de visitas domiciliares (n=13.951)							0,0000
	Sim	1.418 (10,16)	1.628 (11,67)	1.865 (13,37)	2.391 (17,14)	2.253 (16,15)	3.697 (26,50)	
	Não	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,59)	
Coordenação do Cuidado	Mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (n=17.104)							0,0000
	Sim	826 (4,83)	818 (4,78)	1.104 (6,45)	1.474 (8,62)	1.353 (7,91)	2.385 (13,94)	
	Não	1.310 (7,66)	1.439 (8,41)	1.405 (8,21)	1.785 (10,44)	1.449 (8,47)	1.756 (10,27)	
	Existe documento que comprove coordenação (n= 7960)							0,0000
	Sim	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1.206 (15,15)	1.132 (14,22)	1.978 (24,85)	
	Não	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
	Existe protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento (n=17.037)							0,0000
	Sim	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1.213 (7,12)	1.228 (7,21)	2.907 (17,06)	
	Não	1.558 (9,14)	1.636 (9,60)	1.685 (9,89)	2.036 (11,95)	1.567 (9,20)	1.206 (7,08)	
Integração	Existe central de regulação (n=17.201)							0,0000
	Sim	1.880 (10,93)	2.006 (11,66)	2.239 (13,02)	2.907 (16,90)	2.540 (14,77)	4.027 (23,41)	
	Não	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
	Existe ficha de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção (n=17.201)							0,0000
	Sim	1.752 (10,19)	1.828 (10,63)	2.138 (12,43)	2.970 (17,27)	2.615 (15,20)	4.055 (23,57)	
	Não	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	

*p valor estatisticamente significativo (p<0,05).

Fonte: Banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - 1º ciclo, Ministério da Saúde, Brasil, 2012

Tabela 3 - Desempenho dos municípios quanto à oferta e elenco de serviços para o acesso dos usuários aos sistemas de cobertura universal segundo estratos, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2012

Dimensão	Variáveis	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Oferta	Recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender sua população (n=17.161)							0,0000
	Sim	1.459 (8,50)	1.490 (8,68)	1.722 (10,03)	2.210 (12,88)	1.830 (10,66)	2.898 (16,89)	
	Não	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2.077 (6,28)	
	Não recebe medicamentos							
	Sim	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
	Oferece serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território (n=17.199)							0,0000
	Sim	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1.546 (8,99)	
	Não	1.929 (11,22)	2.042 (11,87)	2.222 (12,92)	2.885 (16,77)	2.301 (13,38)	2.611 (15,18)	
	Realiza visita domiciliar (n=17.199)							0,0075
Sim	2.146 (12,48)	2.262 (13,15)	2.521 (14,66)	3.253 (18,91)	2.802 (16,29)	4.148 (24,12)		
Não	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)		
As famílias da área de abrangência são visitadas com periodicidade de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade (n=17.132)							0,0000	
Sim	1.963 (11,46)	2.069 (12,08)	2.345 (13,69)	2.997 (15,30)	2.621 (15,30)	3.986 (23,27)		
Não	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)		

*p valor estatisticamente significativo (p<0,05).

Fonte: Banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - 1º ciclo, Ministério da Saúde, Brasil, 2012.

Discussão

A participação preponderante do enfermeiro, como respondente em todos os estratos, revela seu envolvimento com a APS. A organização dos enfermeiros em redes internacionais, reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde destaca esse papel para cobertura universal de saúde⁽⁵⁾. Na avaliação da influência de indicadores contextuais e de saúde na qualificação profissional e territorialização, verificou-se melhor desempenho nos estratos 4, 5, 6 de municípios com maior porte populacional e desenvolvimento socioeconômico. Reflete distribuição desigual de profissionais médicos e enfermeiros qualificados, fator limitante à cobertura universal^(3,13). Esse fator ocorre também em diversos países como Estados Unidos, Austrália⁽¹³⁾, México, Gana e Tailândia⁽³⁾, China⁽¹⁴⁾. As estratégias para atrair e fixar os profissionais são contextuais e multifacetadas e a qualificação dos mesmos ao longo da carreira, destaca-se no escopo global^(13,15).

O PMAQ revelou estratégias de qualificação e educação permanente das equipes aliadas ao uso de tecnologias da informação e comunicação, facilitadoras da qualificação, melhoria da resolutividade e maior comunicação entre os médicos generalistas da APS e especialistas⁽¹⁶⁾.

Em relação à territorialização, destaca-se uma adstrição com o número adequado de pessoas por equipe de saúde. No Brasil, a territorialização aprofunda-se com a expansão da cobertura pela Saúde da Família, na lógica oferta-serviço-território, mesmo com um grau de flexibilização do território às necessidades da população, vínculo e responsabilização. Entretanto, o planejamento a partir da lógica do serviço acaba limitando a oferta⁽¹⁷⁾.

De um lado, a Saúde da Família concretiza-se como estratégia rumo à cobertura universal, com inclusão de populações antes sem assistência e, do outro, o número elevado de pessoas mesmo respeitando parâmetros, amplo espectro de atribuições e responsabilidade de promoção, prevenção e tratamento de grupos prioritários, doenças crônicas, situações de vulnerabilidade estratégicas sobrecarregam os profissionais⁽¹⁸⁾. A experiência brasileira afirma o trabalho em equipe multiprofissional como potencializador das diferentes dimensões do cuidado frente à ampliação da cobertura⁽¹⁹⁾. Esse aspecto relativo ao maior impacto da colaboração interprofissional das equipes de cuidados primários, em particular nas doenças crônicas, pode ser visto na literatura de outros países onde fica claro a necessidade de elucidar sobre suas potencialidades e limites⁽²⁰⁾.

Na questão disponibilidade, verifica-se que as necessidades dos usuários que buscam o serviço sem

agendamento prévio são avaliadas e atendidas em todos os estratos, também com melhor desempenho para os de maior porte populacional. As iniciativas da Saúde da Família de integrar os dois tipos de demandas - espontânea e agendada - constituem um dos maiores desafios ao acesso. Exige mudança da racionalidade técnica para usuário-centrada, base dos princípios da APS. Com base no acúmulo internacional de lições aprendidas desde os anos 1990 na Dinamarca e Reino Unido, em 2005, o Institute of Medicine (IOM) lança proposta de até o ano 2020 implantá-la como um dos domínios da qualidade da reforma dos cuidados primários nos Estados Unidos⁽²¹⁾.

Neste estudo, a visita domiciliar está presente na agenda dos profissionais de municípios de todos os estratos. As visitas domiciliares são fundamentais à APS e conferem positividade ao acesso. Entretanto não é suficiente avaliar a ocorrência, mas também seu impacto nas condições de saúde e qualidade dos processos. Pesquisa realizada na Alemanha revelou que os profissionais da APS têm dúvidas quanto a sua eficácia, a consideram uma obrigação e não se sentem motivados para realizá-la⁽²²⁾. Essa reflexão traz à tona, também para realidade brasileira a necessidade de debate com os profissionais sobre seus efeitos e formas de incentivo.

Nos encaminhamentos a outros pontos da atenção, apesar de diferenças significantes entre estratos, observa-se que todos apresentam desempenho pouco satisfatório inferindo-se dificuldades na responsabilização pelo usuário fora da UBS. A existência de central de regulação ocorre mais nos mesmos estratos destacados anteriormente. Esses pontos revelam fragilidades na coordenação, continuidade e integração do cuidado nos diversos níveis de atenção em rede. As Redes de Atenção à Saúde representam a opção brasileira potencializadora do acesso e da qualidade recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde como forma de combater a fragmentação e promover a integração dos sistemas de saúde da América Latina e Caribe. Nestes, resguardadas as especificidades e complexidade, enfrenta-se uma gama de desafios pela coexistência de subsistemas e diferentes graus de integração no mesmo sistema, além de questões estruturais⁽²³⁾.

Sobre a oferta de ações e serviços de saúde, verificou-se significância estatística nos estratos em todos os aspectos avaliados inclusive medicamentos da farmácia básica. De acordo com a OMS, os sistemas que implementaram a cobertura universal precisam abordar uso adequado de medicamentos, aferir seus benefícios e evitar os desperdícios para garantir sustentabilidade⁽²⁴⁾. Verificou-se baixa oferta de práticas integrativas e complementares para os usuários

do território que é preconizada pelo SUS desde 2006. Ainda, a OMS reafirma a importância do crescimento da integração da medicina científica e tradicional para saúde global⁽²⁵⁾.

Limitações

O banco da avaliação externa do ciclo 1 PMAQ tem limitações na generalização por não incluir a totalidade das equipes e trabalhar com amostra não estatisticamente representativa que, devido às questões de factibilidade e ou pela natureza política da avaliação, pressupõe adesão voluntária do gestor municipal de saúde. Entretanto, é inegável sua abrangência inédita em todo território nacional com homogeneidade metodológica. O agrupamento por estratos permitiu visualizar iniquidades na oferta, avanços e nós críticos entre os grupos de municípios (estratos). A principal limitação está no necessário recorte do objeto que é multifacetado. Com os dados disponíveis não foi possível avaliar as dimensões das necessidades, nem o uso efetivo dos serviços e seu impacto na saúde da população. As informações foram baseadas em repostas de realização e não realização e é recomendável aprofundar como estão sendo realizadas as ações e suas adequações às demandas e aos parâmetros de qualidade. Sugere-se que outros trabalhos sejam realizados, com o uso de multimétodos capazes de articular o quantitativo com estudos de caso qualitativos, para melhor apreender a complexidade do objeto.

Conclusões

O estudo evidenciou que há uma relação entre acesso e condições socioeconômicas. À medida que aumentam os estratos dos municípios, o acesso aos serviços tende a ser melhor, contudo, dentro de um contexto de desigualdades e iniquidades sociais, percebem-se limitações que comprometem o alcance à cobertura universal como fragilidades na organização das ações de saúde referentes à disponibilidade, coordenação do cuidado, integração, oferta, principalmente nos municípios agrupados nos estratos de 1 a 3. Dado o envolvimento do enfermeiro com a organização das ações de saúde, considera-se que esse profissional vem contribuindo com o acesso potencial na APS no Brasil. Sua formação voltada para essa área apresenta currículos alinhados às políticas sociais do SUS que incluem conteúdos de antropologia, sociologia, gestão em saúde, liderança e práticas sanitárias nas comunidades. Esse fator o torna mais poroso às inovações e lideranças das equipes no âmbito da APS, com maior motivação à promoção de mudanças que se

contrapõe a uma baixa remuneração no setor privado. Seu envolvimento traz o desafio do reconhecimento de sua competência e autonomia na prescrição e no cuidados não exclusivos da categoria médica.

Referências

1. Abiio GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(17):1-7.
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. *Bull World Health Organ*. 2013;91(9):710-11.
3. Campell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91:853-63.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*. 2003;362(1):233-41.
5. Cassiani SHDB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):891-2.
6. Molina J. Para não perder o trem da história! *Rev. esc. enferm. USP*. 2014;48(1):8-17.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014;38(spe):358-72.
8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. saúde pública*. 2013;29(5):847-9.
9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(7):1273-84.
10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4415-23.
12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2923-30.

13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
14. Wang X, Zheng A, He X, Jiang H. Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in China: an empirical research. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(42):1-10.
15. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):357-63.
16. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
17. Faria RM. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia*. 2013;9(16):121-30.
18. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):190-5
19. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc. São Paulo*. 2014;23(3):869-83.
20. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30.
21. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-57.
22. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(24):1-11.
23. Ramagem C, Urrutia S, Griffith T, Cruz M, Fabrega R, Holder R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *Int J Integr Care*. 2011;11(Suppl):1-2.
24. Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D. Quality use of medicines within universal health coverage: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(357):1-6.
25. Falkenberg T, Smith M, Robinson N. Traditional and integrative approaches for global health. *Eur J Integr Med*. 2015;7(1):1-4.

Recebido: 31.5.2015

Aceito: 13.9.2015

Correspondência:

Severina Alice da Costa Uchôa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rua General Gustavo Cordeiro de Faria, s/n
Bairro: Petrópolis
CEP: 59012-570, Natal, RN, Brasil
E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.