

**Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

Cicera Lissandra Sá Vieira Macedo

**Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho-PE
quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**

**Recife
2013**

CICERA LISSANDRA SÁ VIEIRA MACEDO

**Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho–PE
quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr^a Kátia Rejane de Medeiros

Co-orientador: Prof. Domicio Aurélio de Sá

Recife

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M141a Macedo, Cicera Lissandra Sá Vieira.
Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho–PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado/ Cicera Lissandra Sá Vieira Macedo. — Recife: A autora, 2013.

107 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros, Co-orientador: Domício Aurélio de Sá.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Saúde da Família. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Sá, Domício Aurélio de. III. Título.

CDU 614.2

CICERA LISSANDRA SÁ VIEIRA MACEDO

**Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho–PE
quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Kátia Rejane de Medeiros
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM / Fiocruz)

Dr Rafael da Silveira Moreira
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM / Fiocruz)

Dr^a. Isabella Chagas Samico
(IMIP)

A Deus que permitiu trilhar o caminho
seguido até aqui.

Aos grandes amores da minha vida, meu
marido e meu filho: Paulo César e Pedro
Henrique

A minha mãe e irmã por compartilharmos
sempre nossos sonhos e conquistas.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força e paciência para vencer todos os obstáculos.

A minha família pela presença, apoio e compreensão em todos os momentos. Ao meu marido amado, Paulo César, pela ajuda e companheirismo na nossa vida. Por todos os momentos vividos e por todos que juntos iremos viver. Ao meu filho, Pedro Henrique, que nos traz tanta felicidade e uma nova razão para existir.

A minha mãe, Maria Leilce, exemplo de luta, coragem e persistência. Obrigada por me dá um exemplo tão digno de vida, por acreditar em mim antes de todos. A minha irmã querida, Larissa Morélia, ou como gosto de chamá-la, amiga-irmã, que se faz presente, mesmo quando está longe.

A minha orientadora, amiga querida, sei que posso me referir assim, Kátia Rejane Medeiros, pela inestimável colaboração e, sobretudo pela sua orientação, competência, dedicação e paciência, ajudando-me em todas as etapas desta pesquisa, e mesmo antes dela começar. Com certeza, o seu apoio tornou a jornada bem mais fácil e agradável. A Domício Sá pela colaboração na co-orientação dessa pesquisa, pelas colocações sempre sensatas e presteza em ajudar.

Aos meus amigos queridos do Mestrado Profissional em Saúde Pública (2011-2013), que viveram comigo tantos momentos felizes, que muito me ensinaram e se tornaram tão próximos em tão pouco tempo. Especialmente aos meus amigos do ACIN (Anexo Criativo Itinerante do Mestrado), pelas conversas, risadas e parceria. A minha amiga, Ana Cláudia, por compartilhar comigo a sabedoria de sua vida.

Agradeço também aos tantos amigos queridos do Cabo de Santo Agostinho aos que tornaram esse trabalho possível e contribuíram com a pesquisa. Aos amigos sanitaristas, amados e admirados: Gabriella Duarte, Luiz Cláudio, Gustavo Falcão e Michele Pedrosa. E claro, a Marlene Barbosa, que de “chefe” se transformou em amiga e de amiga em muitos momentos se fez mãe, no sentido mais sublime dessa palavra, minha admiração e afeto eterno.

A todos que direta ou indiretamente auxiliaram no desenvolvimento e construção deste trabalho, obrigada por tudo!

MACEDO, Cicera Lissandra Sá Vieira. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no Brasil há duas décadas com o objetivo de reorganizar a Atenção Primária em Saúde. Sua expansão traz como desafio a necessidade de avaliar-lhe quanto ao seu desempenho. O presente estudo propôs avaliar a Estratégia de Saúde da Família no município do Cabo de Santo Agostinho quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado. Realizou-se uma pesquisa avaliativa, descritiva e transversal baseada na Teoria Geral dos Sistemas de Donabedian. Foram elencados indicadores de estrutura, processo e resultado que possibilitaram a construção de uma matriz de relevância. A eleição dos indicadores foi baseada na literatura, bem como em documentos oficiais do Ministério da Saúde. Para os indicadores de resultado elegeu-se uma das linhas de cuidado, a atenção aos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, enquanto condição traçadora da assistência. O período de estudo foi o ano de 2012. As conclusões evidenciaram como principais óbices ao desenvolvimento da estratégia, a carência dos profissionais, particularmente o Agente Comunitário de Saúde, a inadequada infraestrutura física das unidades, além dessas serem instaladas em sua maioria em imóveis alugados. Ademais, aferiu-se a frágil relação entre a saúde da família e a rede de atenção à saúde municipal, e um pior desempenho dos indicadores referentes à assistência à hipertensão arterial quando comparados a diabetes mellitus. Na pesquisa, destacaram-se ainda as incongruências e irregularidades encontradas nas informações produzidas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica. Os resultados permitiram classificar a Estratégia de Saúde da Família, segundo as dimensões de estrutura, processo e resultado, em médio, incipiente e incipiente, respectivamente, que resultou na condição do município como intermediário, quanto ao indicador sintético. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de se fortalecer no município a saúde da família, enquanto eixo reestruturante do modelo assistencial inserido dentro de uma rede de atenção à saúde.

Palavras chaves: atenção básica; avaliação em saúde; saúde da família

MACEDO, Cicera Lissandra Sá Vieira. Evaluation of the Family Health Strategy of the municipality of Cabo de Santo Agostinho-PE as the dimensions of structure, process and outcome. 2013. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2013.

ABSTRACT

Family Health Strategy was implemented in Brazil two decades ago in order to reorganize the Primary Attention in Health. Its expansion brings the challenge of evaluating its performance. This study aimed to evaluate Family Health Strategy in the municipality of Cabo de Santo Agostinho as the dimensions of structure, process and outcome. Descriptive, evaluative and cross-sectional research was carried out based on Donabedian's General System Theory. Structure, process and outcome indicators were listed that made possible the construction of a relevance matrix. The choice of indicators was based on the literature, as well as official documents of the Ministry of Health. For outcome indicators, one of the care lines was elected, attention to patients with diabetes mellitus and hypertension, as tracer condition of assistance. The period of the study was the year 2012. The findings showed as the main obstacles to the development of the strategy, the shortage of professionals, particularly the Community Health Agent, and inadequate physical infrastructure of the units; besides these are installed mostly in rented properties. Moreover, fragile relation between family health and municipal health care network was measured, and a worse performance of the indicators concerning assistance to arterial hypertension when compared to diabetes mellitus. In the survey, inconsistencies and irregularities stood at the information produced by the Information System of Primary Care. The results allowed classifying the Family Health Strategy, according to structure, process and outcome dimensions, medium, incipient and incipient, respectively, which classified the municipality into intermediary condition, as to synthetic indicator. Thus, it is evident the necessity to strengthen the family health in the municipality, as restorative axis of the assistance model embedded within a health care network.

Keywords: primary care, health assessment, health family

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização geográfica do município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco-Brasil	39
Quadro 1	Distribuição da ESF por RPA/Cabo de Santo Agostinho, 2012	41
Quadro 2	Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto à inserção do modelo assistencial	44
Quadro 3	Roteiro de avaliação de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família, Cabo de Santo Agostinho, PE.	45
Quadro 4	Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto à organização do modelo assistencial	49
Quadro 5	Descrição dos indicadores de resultado do modelo assistencial: fórmula e fonte	53
Quadro 6	Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto ao resultado do modelo assistencial	54
Figura 2	Classificação do município quanto ao indicador sintético da Estratégia de Saúde da Família	55
Figura 3	Porcentagem de população coberta pela ESF no município do Cabo de Santo Agostinho, PE, 1998 a 2012	57
Quadro 7	Classificação do município segundo indicadores de inserção selecionados por ESF, 2012	97
Quadro 8	Classificação do município segundo indicadores de inserção selecionados por ESF, 2012	99

Quadro 9	Situação das USFs do Cabo de Santo Agostinho quanto à Infraestrutura física, 2012	100
Quadro 10	Desempenho e classificação do indicador de inserção do modelo assistencial “Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB” por ambiente, Cabo de Santo Agostinho, 2012	61
Quadro 11	Classificação do município segundo indicadores de organização selecionados por ESF, 2012	102
Quadro 12	Classificação do município segundo indicadores de organização selecionados por ESF, 2012	103
Quadro 13	Classificação do município segundo indicadores de resultado selecionados por ESF, 2012	104
Quadro 14	Classificação do município segundo indicadores de resultado selecionados por ESF, 2012	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Proporção de óbitos pelas 10 principais causas determinantes no município do Cabo de Santo Agostinho, 2008 a 2012	39
Tabela 2	Prevalências estimadas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população de 15 anos ou mais, por Unidade de Federação	96
Tabela 3	Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de inserção do modelo assistencial, 2012.	61
Tabela 4	Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de organização do modelo assistencial, 2012.	63
Tabela 5	Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de Resultado do modelo assistencial, 2012.	66
Tabela 6	Classificação e pontuação do município quanto ao cálculo do indicador sintético, 2012	66

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMQ	Avaliação de Melhoria da Qualidade
APA	Área político-administrativa
APS	Atenção Primária em Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PMA2	Produção e Marcadores para Avaliação
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
RPA	Região político-administrativa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Sistema de Pronto-atendimento

SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos-vivos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPACS	Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	MARCO TEÓRICO	16
2.1	Uma apresentação às definições: Atenção Primária à Saúde versus Atenção Básica	16
2.2	A Estratégia de Saúde da Família como instrumento de operacionalização da Atenção Básica no Brasil	18
2.3	A integralidade na ESF e a priorização das linhas de cuidado	23
2.4	Avaliação em Saúde	27
2.5	Avaliação em Saúde na Atenção Básica	29
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral	36
3.2	Objetivos Específicos	36
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
4.1	Área de Estudo	37
4.2	Desenho de Estudo	40
4.3	Período do Estudo	41
4.4	População do Estudo	41

4.5	Definição de Variáveis	41
4.6	Processamento e Análise dos Dados	55
5	Considerações Éticas	56
6	RESULTADOS	57
6.1	Inserção da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	57
6.2	Organização da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	62
6.3	Resultado da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	64
6.4	Classificação da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	66
7	DISCUSSÃO	67
7.1	Inserção da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	67
7.2	Organização da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	72
7.3	Resultado da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	75
7.4	Classificação da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE	77
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79

REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A- Quadros de classificação do município segundo indicadores de inserção, organização e resultado, 2012	98
ANEXO A- Parecer do CEP/CPqAM	96
ANEXO B- Tabela 2- Prevalências estimadas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população de 15 anos ou mais, por UF. Brasil, 2008.	97

1 INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, apontou os cuidados primários à saúde parte integrante do sistema de saúde de um país e principal estratégia para o alcance da assistência à saúde para todos os indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1980).

No Brasil, o ideário difundido pela Conferência de Alma-Ata contribuiu para a adoção da atenção básica enquanto eixo reorientador das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) define a atenção básica como um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2009).

Com a finalidade de operacionalizar a opção pela atenção básica, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a posteriori o Programa da Saúde da Família (PSF), em 1994, que se propunha a trabalhar com base nos princípios da integralidade, hierarquização, territorialização, equipe multiprofissional e cadastramento de clientela (CASTRO; MACHADO, 2010; VIANA; DAL POZ, 1998).

O PSF apresentado como proposta de mudança de modelo assistencial adquiriu centralidade na agenda governamental, passando de programa para estratégia de saúde da família (ESF) em 2006, e assumindo o *status* de política de atenção básica (GIOVANELLA, et al., 2009). Assim, a saúde da família foi considerada estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com a missão de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). Para tal, a unidade de saúde da família deveria constituir-se como porta de entrada ao primeiro nível de atenção, além de manter-se integrada à rede de serviços mais complexos.

A adoção da ESF como eixo balizador da Atenção Básica contribuiu para a sua expansão, muito embora não tenha conseguido evitar a discrepância entre a concepção da Atenção Básica no desenho da política nacional e sua expressão na realidade local (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

As divergências em torno da saúde da família também geraram discussões a respeito das suas formulações. Inicialmente criado para atender as populações de maior risco social, as críticas que o apontam enquanto política focalizadora permanecem mesmo após sua eleição

como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica (ESCOREL et al., 2007).

Desse modo, Machado, Lima e Viana (2008) apontam para a necessidade de compreensão da atenção básica, sua configuração e suas condições de inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde.

O cenário de divergências a respeito do modelo de saúde a ser adotado, a escassez de recursos, associado ao aumento dos custos em saúde contribuiu para o crescimento da necessidade de avaliação da assistência prestada, e da qualidade dos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Estudos envolvendo a avaliação dos serviços de saúde vêm sendo realizados com bastante frequência, muito embora ainda esteja longe de se tornar uma prática dos serviços de saúde (FELISBERTO, 2006).

Corroborando com esse panorama, com o objetivo de reestruturar seu modelo de atenção o município do Cabo de Santo Agostinho implantou a ESF em 1997 e, desde então, expandiu essa estratégia de modo que, em 1999 sua população coberta pela estratégia correspondia a 59,82%, passando para 62,67% em 2012 (RELATÓRIO ..., 2012).

O tema da VII Conferência Municipal de Saúde, *Avançar com o SUS é preciso: Trabalhar em Rede para Fortalecimento da Atenção Básica*, realizada em 2009 ratificou a posição do município em investir na rede de atenção primária (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

Assim, como pode ser observado na grande maioria dos municípios brasileiros, no Cabo de Santo Agostinho, a expansão paulatina da política de atenção básica, e o aumento do aporte de investimentos na área, apontaram para a importância de conhecimento dos resultados encontrados frente à implementação da política, bem como para a necessidade do incremento da avaliação como uma prática dos serviços de saúde.

Dessa forma, cabe indagar: **Qual a configuração da Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado?**

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Uma apresentação às definições: Atenção Primária à Saúde versus Atenção Básica

O debate sobre atenção primária nos sistemas de saúde teve início em países como os Estados Unidos e Inglaterra. Nos EUA, a medicina preventiva surge como um contato que se aproxima do cotidiano dos indivíduos, na tentativa de fazer frente à tradicional medicina curativa, centrada nos hospitais (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de sessenta, cresce nos EUA um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária que recebe contribuições dos Departamentos de Medicina Social e Preventiva dos centros universitários e dos setores do Governo Federal preocupados no combate à “guerra à pobreza”. Tal movimento desponta associado ao discurso acerca das desigualdades no uso e distribuição dos recursos da saúde, bem como na necessidade de racionalização desses recursos (CONILL, 2008).

Enquanto os anos sessenta foram marcados pela propagação do ideário da medicina preventiva e das práticas de atenção primária à saúde (APS), os anos 70 se destacaram pela institucionalização de programas nessa linha. Dessa forma a atenção primária ganha espaço nas discussões de governo, através de organismos de cooperação internacional como a Organização Mundial da Saúde (OMS). A divulgação do ideário da atenção primária culminou na Conferência de Alma-Ata em 1978, na qual a APS foi considerada a principal estratégia para se atingir o objetivo de “Saúde para todos no ano 2000” (IBANEZ et al., 2006).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em 1978 apontou a atenção primária parte integrante do sistema de saúde de um país e principal estratégia para o alcance da assistência para todos os indivíduos. A Declaração de Alma Ata, documento emanado desta Conferência, contribuiu para difundir os princípios da APS no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1980). Desde então, os cuidados primários em saúde foram definidos como aqueles de alcance universal dos indivíduos e famílias sendo oferecidos de forma próxima à comunidade (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A concepção abrangente acerca da Atenção Primária trazida pelas proposições de Alma-Ata corresponde a uma compreensão de modelo assistencial orientado e integrado a um sistema de saúde que garanta a atenção integral (GIOVANELLA, 2008).

Esta concepção teve contraposição de organismos internacionais como a Fundação Rockefeller. A referida fundação realizou a Conferência de Bellagio em 1979, na qual discutiu a noção de atenção primária seletiva, considerada como um pacote de intervenção de baixo custo e dirigida às principais doenças que acometiam populações de países em desenvolvimento (CUETO, 2003).

A tensão entre as distintas concepções associado à crise financeira e econômica mundial induziu numa maior disseminação de programas seletivos de atenção primária com extensão de cobertura de ações simples e de baixo custo nos anos noventa. Essa proposta seletiva de APS se difundiu na maior parte dos sistemas de saúde latino-americanos, tendo contribuído para a fragilidade na constituição de redes integradas em saúde (CONILL; FAUSTO, 2007). Assim, verifica-se que o ritmo de implantação dessas reformas sofreu influência direta do modelo de proteção social adotado (BAPTISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009; VIANA; FAUSTO, 2005).

Para Mendes (2002) há três concepções principais sobre atenção primária: atenção primária seletiva à saúde destinada a populações carentes; atenção primária enquanto primeiro nível de atenção e por última atenção primária como estratégia de organização dos serviços de saúde. Essa última, ainda segundo o referido autor, além de ser a mais correta do ponto de vista técnico é também a mais ampla e perfeitamente factível e viável no Brasil.

Os estudos da pesquisadora Barbara Starfield destacam-se entre as diversas concepções acerca da APS (STRALEN et al., 2008). Para Starfield (2002) a APS deve determinar o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização dos recursos, tanto básicos como especializados.

A autora dimensiona os pressupostos da APS em quatro pilares fundamentais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), longitudinalidade (continuidade do cuidado), integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Tais atributos apesar de se apresentarem inter-relacionados na prática clínica, podem ser avaliados separadamente (STARFIELD, 2002).

Contudo, as distintas conjunturas sociais, políticas e econômicas vividas por cada país associadas às diferenças epistemológicas sobre a atenção primária resultaram em uma heterogeneidade de modelos adotados, o que implicou em resultados diversos. Alguns países utilizaram a perspectiva ampliada da APS e há estudos que revelam que esses atingiram melhores níveis de saúde. Todavia, outros aderiram a uma proposta seletiva, baseada em um pacote de intervenções de baixo custo, não atingindo assim o mesmo êxito (RIBEIRO, 2007).

No Brasil, o MS instituiu a atenção básica como eixo reorientador das práticas no SUS, enquanto estratégia de organização e implementação da atenção primária. Para o MS, a atenção básica é conceituada como um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2009).

Mello; Fontanella e Demarzo (2009) trazem no seu artigo a discussão referente sobre qual seria a terminologia ideal para se definir o primeiro nível de atenção à saúde, discorrendo a respeito dos termos: atenção primária em saúde e atenção básica em saúde. No estudo os autores debatem que hora esses termos são utilizados como sinônimos, ora como conceitos distintos e antagônicos.

A concepção de Atenção Básica adotada no país se fundamentaria na dialética da determinação social da doença, em consonância com os princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS, buscando superar a proposição da Atenção Primária, que teria surgido numa perspectiva restritiva associada à racionalização dos gastos em saúde (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

No Brasil, durante a década de 90, alguns autores sustentavam que a opção pelo termo atenção básica procurava refletir a preocupação de adoção de uma concepção abrangente, que respeitasse os princípios do SUS de universalidade e integralidade (FAUSTO, 2005). Mais recentemente o MS explicitou o entendimento de atenção primária e atenção básica como tendo o mesmo significado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Todavia, Paim (2012) alude que mesmo apesar de três décadas de implantação da proposta de APS, essa continua a despertar reflexões sobre a concepção distinta entre um programa focalizado e seletivo com oferta limitada de serviços dirigido a populações pobres ou, ainda, como uma estratégia de reorientação de sistemas e serviços de saúde, apresentando, portanto, posições e interpretações para todos os gostos, interesses e políticas.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família como instrumento de operacionalização da Atenção Básica no Brasil

Nos anos 90, o MS instituiu como campo de ações da atenção básica o PACS, criado em 1991, e seu sucedâneo, o PSF que em sua gênese preconizava a formação de equipes multidisciplinares formadas por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e

agentes comunitários de saúde (ACS) (CASTRO; MACHADO, 2010; VIANA; DAL POZ, 1998).

Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de APS, passando a denominar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de 2006, assumindo então o *status* de política de atenção básica (GIOVANELLA et al., 2009).

Apesar da elevação do programa à condição de estratégia ter reforçado o seu papel como reordenador da assistência no SUS, setores significativos da saúde pública brasileira ainda apontam a ESF como um modelo de proposta seletiva da APS de influência neoliberal (CONILL, 2008). Aguiar (1994) afirma que os limites e possibilidades da ESF são dependentes da sua inserção nos serviços locais de saúde podendo servir tanto como forma de simplificação da assistência quanto como proposta de mudança de modelo assistencial.

Desde sua criação a ESF propunha estabelecer vínculos e co-responsabilidade entre os profissionais e a população mediante o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção norteando-se pelos princípios de territorialização, participação social, e acompanhamento de ações programáticas, tendo como foco a unidade familiar, e não apenas o indivíduo (OLIVEIRA; BORGES, 2008; PAVONI; MEDEIROS, 2009).

A proposta de atenção ofertada pela saúde da família exige uma mudança no processo de trabalho da equipe que deixa de focar apenas na atenção às condições agudas e passa a assistir também as doenças crônicas, com atenção a fases específicas dos ciclos de vida (criança, idoso), além da organização da assistência por linhas de cuidado (hipertensos, diabéticos, gestantes). Ademais, a equipe amplia as suas ações na medida em que deve atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2011a).

Na ESF a média recomendada da população adscrita é de 3000 pessoas, podendo chegar até 4000 pessoas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o número de ACS dever ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe. Os profissionais devem cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais, com exceção do profissional médico, o qual pode dedicar-se até 8 horas do total da carga horária para atividades na rede de urgência e emergência do município, apoio matricial e especialização em saúde da família. A PNAB permite também outras modalidades de inserção, como a possibilidade do médico atuar em até 02 ESF compondo carga horária semanal de 40 horas (BRASIL, 2012a).

A incorporação das equipes de saúde bucal (ESB) à ESF se deu a princípio através da iniciativa de alguns municípios, como Curitiba e Distrito Federal em 1995; e Camaragibe (Pernambuco) em 1998. Tais iniciativas foram desde o treinamento dos ACS no sentido de incluírem instruções relativas à saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do Cirurgião-Dentista (CD) na equipe da ESF. Posteriormente, em meados de 2001, o MS normatizou e incorporou a constituição da ESB no seio da ESF, e repassou os primeiros incentivos (MARTELLI, 2001). A inclusão da saúde bucal na ESF foi impulsionada pela perspectiva da construção de políticas públicas de saúde que pudessem garantir a integralidade do atendimento, compreendendo a saúde bucal como parte integrante do todo. (MARTELLI et al., 2010).

A ESF se propõe a substituir o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, curativista, centrado no hospital, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade, revelando-se então como ousada (COTTA et al., 2002).

Assim, trabalhar com esse modelo de atenção à saúde, não é algo simplista, uma vez que exige a compreensão das particularidades e especificidades dos grupos sociais envolvidos, além de um trabalho que incorpora tecnologias de menor densidade e maior complexidade, tal como pondera Mendes (1996).

As divergências teórico-conceituais que surgiram em razão da proposta não foram impeditivas da expansão paulatina do modelo, inclusive com incentivo para aumento da cobertura da estratégia em grandes centros urbanos, através do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Vale ressaltar que, essa expansão foi ratificada pela aprovação da PNAB e do Pacto pela Vida, em 2006, que estabeleceram as diretrizes e normas para a ESF, discorrendo inclusive acerca do financiamento. Com o pacto se reiterou a ESF enquanto modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Em 2008, o MS instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujo principal objetivo consiste em apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica. O NASF é constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. O MS considera a integralidade como a principal diretriz a ser praticada pelo NASF (BRASIL, 2011a).

O NASF é classificado em duas modalidades distintas (NASF 01 ou NASF 02), sendo que a implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no

Distrito Federal fica excluída de incentivo financeiro federal. Assim, dentre os profissionais que podem compor o NASF estão: médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e sanitarista. O MS recomenda que tais profissionais devem ser alocados de acordo com as necessidades do município (BRASIL, 2011a).

As ações e atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais do NASF deverão ser realizadas em conjunto com as ESFs, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde. O NASF 01 deverá estar vinculado a, no mínimo, 8 (oito) ESFs e no máximo 15 (quinze) ESFs e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Por sua vez, o NASF 2 realizará suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) ESFs e no máximo 7 (sete) ESFs (BRASIL, 2011a).

Nos últimos anos, observou-se o aumento da cobertura ESF para mais da metade da população brasileira, concomitante ao aumento da amplitude dos serviços ofertados pela atenção primária, além do acréscimo da cobertura populacional por outros modelos de atenção básica (ALMEIDA et al., 2010). Dentre os modelos de atenção básica que convivem com a saúde da família persistem as unidades básicas tradicionais que trabalham na lógica da demanda espontânea, além dos serviços de Assistência Médica Ambulatorial (grupo AMA de São Paulo), que se propõem a trabalhar na ótica da queixa-conduta, realizando o atendimento imediato. Tal modelo é alvo de críticas por segmentos da saúde que o consideram como um atendimento médico desvirtuado, de baixa qualidade e medicalizante (PUCCINI, 2008).

Apesar de existirem inúmeras pesquisas relatando a obtenção dos bons resultados alcançados pela ESF (GOMES et al., 2009; SOUSA, 2000; TEIXEIRA, 2003), há contudo, estudos como os de Souza e Hamann (2009) que advertem acerca da limitação no alcance destes resultados frente à oferta de atenção integral, na medida em que em muitos municípios se percebe ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência.

As responsabilidades e os desafios para consolidação da ESF são grandiosos, haja vista, os problemas de infraestrutura, déficit de profissionais qualificados e em suficiência, processos de trabalho inadequados à prática da APS, além da desarticulação com os demais pontos dos serviços de saúde (CAMPOS, 2008).

Adicionalmente como importante desafio destaca-se o próprio perfil epidemiológico brasileiro, que corresponde a uma tripla carga de doenças: persistência dos agravos

infecciosos endêmicos, agravos relacionadas a causas externas, além do avanço dos agravos crônicos e degenerativos, destacando-se nesse grupo a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, tanto pela grande magnitude quanto pelo alto índice de complicações associadas (MENDES, 2010).

Campos (2008) ressalta que dentre os obstáculos para consolidação da ESF está a heterogeneidade de sua implantação e os questionamentos advindos sobre qual seria o modelo mais adequado à realidade brasileira.

Conill (2008) discorre sobre problemas tais como: acesso enquanto nó crítico (relação inadequada entre equipe e o número de famílias), dificuldades nas estruturas físicas e nas equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços. Tais fatores associados corroboram no comprometimento da integralidade da assistência.

Em concordância com Conill (2008), Campos (2008) elenca outros problemas à implementação de uma rede de atenção básica no Brasil, sendo eles: extensão, intensidade e de sustentabilidade. O autor pondera que a expansão da saúde da família ainda está longe de alcançar o patamar de 80% de cobertura populacional, margem alcançada por países que têm como base a atenção primária. A escassa política de formação de recursos humanos para área em conjunto com as precárias formas de vínculo de grande parte dos profissionais da saúde da família, representam uma ameaça à sustentabilidade da política. A esses problemas somam-se a inadequação do financiamento, com o MS repassando apenas 30% do custeio necessário à implantação da estratégia.

Escorel et al. (2007) realizaram pesquisa em 10 municípios brasileiros de grande porte com a finalidade de avaliar a implementação da ESF. O estudo revelou que apesar dos avanços na incorporação de novas práticas profissionais, observam-se ainda obstáculos a sua implementação, tal qual a garantia da integralidade. Outro achado que se destacou no estudo, foi a não uniformidade quanto às modalidades implementadas da ESF, tendo se apresentado ora como programa paralelo ora como estratégia de mudança do modelo assistencial.

Gil (2006) aponta que as concepções acerca da atenção primária e atenção básica e os diferentes modelos de atenção à saúde (Ações Programáticas de Saúde, Vigilância da Saúde, Em Defesa da Vida) influenciaram o aporte conceitual em que tem se construído a ESF. Segundo a autora, a dimensão e a heterogeneidade do Brasil, em parte justifica a adoção e mesmo a superposição desses diferentes referenciais. Todavia, apesar de refletirem as singularidades das experiências, denotam a fragilidade teórico-conceitual em que se alicerça a saúde da família.

2.3 A integralidade na ESF e a priorização das linhas de cuidado

A Constituição Federal de 1988 norteia o princípio da Integralidade como uma das diretrizes do SUS, estando baseada na articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, com ênfase para as ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade e abordagem integral dos indivíduos e das famílias (CAMPOS, 2003; MACHADO et al., 2007). A Lei nº 8080 de 1990, define integralidade “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A PNAB, na qual se situa a ESF, tem como um dos seus fundamentos, a efetivação da integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Desse modo, no seu processo de trabalho, a ESF sugere conjugar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, resolvendo os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância e referenciando os casos de maior complexidade para os demais níveis de assistência (BRASIL, 2004).

A integralidade trata de um conceito polissêmico permitindo; pois, diferentes abordagens (MATTOS, 2001). Nesse sentido, Pinheiros et al. (2007) trazem três dimensões de análise da integralidade: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde e da formulação de políticas governamentais com participação dos atores sociais envolvidos na assistência à saúde.

Autores como Hartz e Contandriopoulos (2004) remetem o conceito de integralidade à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência das organizações, ao constatar que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências para resolver todas as demandas por saúde das populações.

Linard et al. (2011) colocam a discussão da integralidade da atenção como uma necessidade do processo de consolidação do sistema de saúde no Brasil, além de se constituir em um desafio para os gestores e profissionais de saúde no que tange ao seu caráter transversal dentre princípios do SUS e os seus reflexos na qualidade da assistência. Além do que, tem-se que o princípio da integralidade implica em integração não apenas das práticas que se dão sob uma determinada forma de organizar o processo de trabalho em saúde, mas também da necessidade de uma rede de serviços organizada, com adequada oferta de

procedimentos de média e alta complexidade, que sirvam de base ao estabelecimento de uma rede de referência e contrarreferência na conformação da atenção em saúde (MORAES, 2006).

Para Ibanez et al. (2006) a integralidade implica no sistema de saúde estar organizado em rede permitindo ao paciente receber os demais níveis de atenção que se fizerem necessários. Isto inclui o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar, entre outros.

Sendo assim, conceitos de referência e contrarreferência assumem relevância especial. Maeda (2002) define 'referência' como o maior grau de complexidade tecnológica, identificado ao se encaminhar um usuário para serviços especializados. Para a mesma autora contrarreferência é a informação para o menor grau de complexidade tecnológica, permitindo que as respostas às demandas de saúde do usuário sejam atendidas em um nível mais primário de atenção, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (MAEDA, 2002).

Nessa tendência o MS aponta a atenção de serviços em rede como proposta de organização capaz de garantir a integralidade do sistema de saúde (BRASIL, 2006a, 2011a).

Ao se pensar a integralidade no campo da atenção básica há que se levar em consideração a PNAB situada dentro das práticas integralizadoras em saúde, contudo sujeita a composição de políticas especiais que permitam o seu fortalecimento, como o próprio financiamento. A referida política trata as redes de atenção em saúde enquanto arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, na qual se destaca a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2012a).

No tocante à efetividade da APS e a compreendendo como a capacidade resolutiva no tratamento de doenças e redução de encaminhamentos à atenção secundária ou terciária, há uma entendimento de que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, e que nesses casos, a atenção básica é responsável pela coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Desse modo, percebe-se que a demanda por assistência especializada depende diretamente do alcance da resolubilidade da rede básica de saúde. Franco (2003) ressalta que essa está ligada ao aparato tecnológico (equipamentos e conhecimento técnico dos profissionais), à relação de vínculo firmada com o paciente, bem como a capacidade de articulação da rede básica com os demais níveis do sistema de saúde.

Kantorski (2006) acrescenta que a ampliação do acesso à saúde, por intermédio da ESF liberou uma demanda reprimida, o que implicou no aumento dos gastos em saúde e na necessidade de potencializar a capacidade de comunicação e otimização dos serviços.

Heimann et al. (2011) destacam que a notável expansão da cobertura da ESF trouxe como paradoxo no campo da integralidade, o fato de que seu incremento contribuiu para o aumento da demanda por outros serviços de saúde sobressaindo a dificuldade de se estabelecer articulação com os demais níveis de atenção.

A fim de responder resolutivamente às necessidades de saúde, a ESF se propôs a sistematizar a atenção à saúde por linhas de cuidado ou grupos prioritários. Essas foram priorizadas de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro. Para tal, levou-se em consideração o panorama sócio-demográfico, decorrente de um intenso processo de urbanização e industrialização e, mais recentemente, do crescimento econômico acelerado. Tais mudanças têm contribuído para a alteração no perfil de morbimortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas (MALTA et al., 2006).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil, estando atreladas a uma etiologia multivariada que quando associada provoca o aumento da probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus fazem parte do grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representando dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, constituindo fatores independentes e sinérgicos (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Enquanto doenças de alta prevalência, a HAS e o diabetes mellitus representam um importante problema de saúde pública na medida em que se configuram em um alto custo financeiro e social e comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos (BRASIL, 2011b).

Segundo Zimmet et al. (2001) o diabetes mellitus está se tornando uma das principais ameaças à saúde do século XXI, sendo considerado a quinta maior causa de morte no mundo, com projeções de atingir em 2025 cerca de 5,4% da população mundial. Estima-se que para o Brasil a prevalência da doença esteja em torno de 8% na população de 30 a 69 anos, sendo que a metade dos indivíduos acometidos desconhece tal condição (DIAS; CAMPOS, 2012).

No Brasil, a HAS, afeta mais de 30 milhões de pessoas, sendo o fator mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), sobretudo o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio que são as duas maiores causas isoladas de mortes no país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Estudos epidemiológicos indicam que o diabetes mellitus e a hipertensão arterial são condições comumente associadas. A hipertensão afeta cerca de 50% dos indivíduos diabéticos, o que frequentemente requer o manejo das duas doenças no mesmo paciente, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa os danos vasculares, acarretando aumento da morbidade cardiocerebrovascular (BRANDÃO, 2010).

Tais doenças têm a etiologia relacionada a múltiplos fatores e envolvem hábitos de vida, estando o seu controle diretamente relacionado ao diagnóstico precoce e a prevenção de complicações. Ademais essas doenças também se assemelham no que se refere a sua ocorrência geralmente assintomática, difícil adesão ao tratamento e necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar. Assim, demandam ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, necessitando de intervenções segundo o grau de desenvolvimento da doença (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto o MS implantou em 2000 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus o qual estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos, enfatizando a prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação desses à rede básica de saúde (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; PICCINI et al., 2006). Assim, o MS identifica a ESF como lócus ideal para prática de ações de prevenção, promoção e tratamento, na medida em que o acompanhamento e o controle dessas doenças contribuem para a prevenção das complicações, de forma a reduzir o número das internações, bem como a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A própria capilaridade da saúde da família contribui para o aumento do acesso à rede de saúde, condição fundamental tanto para o diagnóstico precoce quanto para a adesão ao tratamento (FAJARDO, 2006).

Ao se considerar os vários conceitos apresentados acerca da integralidade, essa pesquisa entende que para efetivá-la se faz necessário uma rede de atenção que garanta a continuidade do cuidado, na medida em que a atenção primária se coloca como primeiro contato, mas não o único.

Além do que, apesar dos avanços significativos na implementação do SUS, e da existência de experiências localizadas de alguns municípios que contemplaram a integralidade nas suas práticas de saúde, a grande maioria dos sistemas locais de saúde ainda não a incorporaram efetivamente (GIOVANELLA et al., 2002; MATTOS, 2004).

Campos (2003) ressalta que a garantia da integralidade nas ações em cada nível do sistema e referente ao acesso a todos os níveis de atenção constitui condição primordial para a resolubilidade na atenção básica, sendo talvez o maior desafio para a saúde pública no Brasil

da atualidade, além do que existe uma lacuna nos estudos que discorram sobre essa questão. Dessa forma, faz-se imprescindível propor uma interlocução entre esse campo e a avaliação dos serviços de saúde.

2.4 Avaliação em Saúde

O surgimento de novas tecnologias em saúde, e a pluralidade de modelos assistenciais frente à escassez de recursos tornou premente a discussão sobre a qualidade da assistência prestada e dos serviços de saúde, bem como de qual seria a melhor forma de avaliá-los (CONTANDRIOPOULOS, 2006; DONABEDIAN, 2005).

Na década de 90, em alguns países, observa-se o aumento da pressão da sociedade, dos governos e das agências financiadoras por avaliação regular das políticas de saúde e dos recursos públicos. Essa tendência também se fez presente no Brasil (MATILDA; CAMACHO, 2004).

O MS define avaliação como um componente da gestão em saúde capaz de fornecer subsídios aos processos decisórios, através da identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos (BRASIL, 2005a).

Diversos esforços a fim de institucionalizar a avaliação em saúde no Brasil podem ser observados, inclusive a ênfase no desenvolvimento de uma cultura avaliativa na atenção básica, a qual apresenta desafios teóricos e conceituais inerentes à complexidade dos seus processos. (FACHINNI et al., 2008).

Viacava et al. (2004) elencam os desafios à incorporação de práticas de avaliação nos serviços de saúde. Destacam-se questões como as divergências ideológicas e subjetividade dos diversos autores, a dificuldade de se estabelecer parâmetros de qualidade em saúde, a difícil definição de quais aspectos do cuidado devam ser estudados, além da eleição dos métodos e fontes de dados a serem utilizados. Essencialmente, o desafio posto é desenvolver sistemas de avaliação factíveis para aferir o desempenho dos serviços de saúde no que tange à qualidade, eficiência e equidade e que essas avaliações agreguem valor na medida em que produzam conhecimentos capazes de gerar aprimoramento dos processos profissionais e institucionais (FELISBERTO, 2004; VIACAVA et al., 2004).

Tanaka e Melo (2004) compreendem a avaliação dentro do contexto no qual se insere e a partir das perguntas avaliativas as quais se dispõem a responder. Os autores situam a avaliação como parte integrante do planejamento e etapa indispensável na tomada de decisões.

Minayo (2005) conceitua avaliação como um processo essencialmente humano construído no cotidiano, sendo utilizado com a finalidade de julgar, estimar, medir, classificar ou analisar criticamente alguém ou alguma coisa, realizado tecnicamente através de procedimentos sistemáticos.

Santos e Merhy (2006) entendem a avaliação como parte fundamental do planejamento e da gestão do sistema de saúde. Para os autores, um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, de forma a garantir o atendimento das demandas por saúde, sem perder de vista a racionalidade dos recursos.

Outro teórico bastante utilizado nos estudos de avaliação é Contandriopoulos (1997). Segundo o autor “avaliar consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Vieira-da-Silva (2005) aponta a existência de uma grande polissemia conceitual que envolve a temática da avaliação, podendo ser encontrada nas abordagens, na definição dos atributos e componentes ou mesmo na indefinição dos autores quanto à utilização dos termos empregados ao realizarem avaliação de programas ou serviços de saúde.

Dentre as contribuições da avaliação se destaca a possibilidade de se converter conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, afim de que se possa contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão. A utilização desses conceitos se torna importante, à medida que permite representar aspectos reais, através de construções lógicas estabelecidas de acordo com um quadro teórico de referência (ESPIRIDIANO; TRAD, 2006).

Donabedian (1990) propôs atributos ou dimensões para definir a qualidade que ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade, são eles: eficácia – referida como o efeito potencial, ou o efeito em condições ideais; efetividade – aceita como o efeito real num sistema operacional; eficiência – o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo; otimização – trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido, através da relação custo-benefício mais favorável; aceitabilidade – consiste no fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial; legitimidade – relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo e equidade – relacionada à justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.

Além disso, Donabedian (1991) categorizou o modelo metodológico da avaliação, em um modelo sistêmico, de estrutura, processo e resultado. Na estrutura estariam os elementos que

caracterizam a capacidade de oferta, ou seja, recursos administrativos, financeiros, humanos, materiais. Donabedian discorre sobre as características básicas da estrutura como relativamente estáveis, sendo essas co-responsáveis pela produção da atenção, o que significa dizer que a característica estrutural dos lugares onde é oferecida a atenção em saúde pode influenciar o processo de atenção, diminuindo ou aumentando sua qualidade.

O Processo corresponde à avaliação dos recursos, ou do conjunto de procedimentos a serem adotados para se atingir os objetivos programados. Por fim, resultados implicam no estado de alteração de uma determinada ação ou atividade (DONABEDIAN, 1991).

Donabedian (1992) ao discutir sobre os pontos positivos e negativos da utilização dessa abordagem considera a eleição de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens, já que a seleção dessas abordagens isoladas apresentaria insuficiências que poderiam comprometer a qualidade da avaliação. O autor ao discorrer sobre os limites dessa matriz aponta que nem sempre pode se atribuir uma relação de causalidade direta entre os componentes (estrutura, processo, resultado). A proposta inicial do autor se propunha a avaliar a qualidade do cuidado médico que, posteriormente, difundiu-se como metodologia capaz de avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde (DONABEDIAN, 2005).

Diante da complexidade temática constatada por meio da pluralidade de formulações e autores que se propõem a discutir avaliação em saúde, esta pesquisa elegeu a matriz de Donabedian como instrumento de avaliação que melhor se adequou à proposta, e que possibilitou a compreensão da atenção básica no município do Cabo de Santo Agostinho.

2.5 Avaliação em Saúde na Atenção Básica

A adoção da ESF associada à expansão da cobertura em todo o Brasil apontou para a necessidade de avaliação e monitoramento dos processos de trabalho e seus consequentes impactos nos indicadores de saúde (HENRIQUE; CALVO, 2008).

No que corresponde à avaliação o MS criou em 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, cuja atribuição é definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica (BRASIL, 2005a).

Nesse âmbito, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica se apresentou como uma estratégia de acompanhamento dos indicadores de saúde e formalização de metas entre municípios, estados e União (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

A expansão da ESF favoreceu a definição de uma Política Nacional de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica composta por iniciativas, tais como: Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, Estudos das Linhas de Base e Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) (FELISBERTO et al., 2008).

O PROESF foi implantado em 2003 com o intuito de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação das ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Para isso, adotou três frentes de trabalho, a conversão do modelo assistencial, o desenvolvimento de recursos humanos e estruturação e a implementação do monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003).

Os Estudos de Linhas de Base de implantação do PROESF resultaram em pesquisas em instituições espalhadas em todo o Brasil, que em sua maioria demonstraram os avanços da ESF em relação ao modelo tradicional de atenção básica (FACHINNI, et al., 2006; IBANEZ, et al., 2006; RONCALLI; LIMA, 2006).

Por sua vez, o AMQ reforça a prática de avaliação contínua como mecanismo indutor para a melhoria da qualidade. Constitui um instrumento de auto-avaliação para ser aplicado periodicamente a gestores e trabalhadores agregando elementos da avaliação normativa e da Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) (BRASIL, 2005b).

O MS por meio da portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável em todas as unidades federativas, sendo organizado em quatro fases complementares e contínuas, quais sejam: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (BRASIL, 2012b).

O PMAQ visa avaliar a atenção básica através do monitoramento dos indicadores de produção das unidades, além da segmentação das linhas de cuidado assistidas, de forma que se permita a análise isolada dos grupos, sejam eles, saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, assistência à hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros (BRASIL, 2012b).

O apoio às estratégias de avaliação desenvolvidas pelo MS em todo o Brasil tem contribuído para a diversidade de pesquisas realizadas, inclusive com desenhos metodológicos diversos. Dessa forma identifica-se que, mesmo o MS não utiliza uma única metodologia de avaliação da atenção básica, mudando de metodologia ao longo do tempo e mais, propondo metodologias diversas simultaneamente.

Os estudos de Almeida e Macinko (2006) testaram uma metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do SUS. Entre os achados foram observados variações entre os modelos assistenciais na atenção primária com as unidades de saúde da família, no geral apresentando um melhor desempenho.

O trabalho de Cavalcante et al. (2006) se propôs a avaliar a implantação das áreas estratégicas da atenção básica no município de Camaragibe em Pernambuco, através da utilização de dados secundários e aplicação de instrumentos aos profissionais da ESF. Observou-se um grau de implantação parcial para o conjunto das áreas estratégicas consideradas. O estudo apontou melhorias entre dos indicadores de saúde após a implantação da ESF, apesar da relação entre grau de implantação e os resultados nem sempre terem se apresentado de forma linear.

Rocha et al. (2008) avaliaram as experiências de implantação da ESF em 21 municípios dos Estados da Bahia, Ceará e Sergipe. Foi utilizada avaliação com triangulação de métodos, análises de estrutura e processos, além da percepção de diversos autores. Dentre os achados apontados pelo estudo destacaram-se: falta de priorização do financiamento da atenção básica; limitações no acesso a outros níveis de atenção e a grande heterogeneidade das práticas de cuidado.

Machado, Lima e Viana (2008) analisaram a organização da atenção básica e da ESF em 22 municípios do Rio de Janeiro. Foram definidas quatro variáveis-síntese para a caracterização da atenção básica nos municípios: modelo de atenção e inserção da ESF; institucionalização da ESF; organização da atenção básica e organização da ESF. O estudo revelou uma grande diversidade de situações, predominando o modelo paralelo de configuração da Atenção Básica e inserção da ESF. Observou-se que os municípios em melhores condições de estruturação da Atenção Básica são os pólos do interior do estado, em relação aos municípios da região metropolitana.

Henrique e Calvo (2008) avaliaram a ESF nos municípios de Santa Catarina com o objetivo de classificá-los quanto à implantação. Na pesquisa foram consideradas três categorias: satisfatória, intermediária e insatisfatória e dois períodos de análise (2001 e 2004). Utilizaram-se indicadores de cobertura, de índice de mudança de modelo de assistência e de impacto. Os resultados apontaram para significativa ampliação de cobertura populacional, porém ainda com necessidade de qualificação para mudança do modelo assistencial e alcance de resultados expressivos.

Como ferramenta coadjuvante dos processos avaliativos estão os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), conceituados como os instrumentos utilizados para adquirir, organizar e analisar as informações, sendo capazes de propagar de maneira rápida, fácil e segura os conhecimentos necessários para a avaliação das relações de eficiência e efetividade das políticas de saúde. Dentre as utilidades dos sistemas de informação se destaca a capacidade de fornecer subsídios para o planejamento, a tomada de decisões e ações em todos os níveis de gestão do sistema de saúde, além de contribuir para o avanço tecnológico e possibilitar o processo de comunicação entre o setor saúde e a população (BENITO; LICHESKI, 2009; LESSA, 2000).

Marin (2010) considera a importância dos SIS na medida em que esses permitem identificar os ambientes contextuais e legais onde os sistemas de atenção à saúde operam; reconhecer os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política, a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros.

No Brasil foram implantados diversos SIS, destacando-se os sistemas de informações assistenciais, como os Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e os sistemas de informações epidemiológicas, a exemplo do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esses sistemas são mantidos em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, quanto à descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (MENDES et al., 2000).

A rede de Sistemas de Informação em Saúde de âmbito nacional já dispõe de grande parte de suas informações disponíveis na Internet (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). Contudo, vale salientar que a apropriação dessas informações pelos gestores e pela população em geral deve considerar seus pontos fortes e suas limitações (LIMA et al., 2009).

As limitações relacionadas às informações produzidas vão desde aos problemas relacionados aos sub-registros, sub-notificações e sub-informações, os quais repercutem diretamente na confiabilidade e fidedignidade das informações disponibilizadas, além dos problemas relacionados à limitação no nível de desagregação de alguns dados (CARVALHO, 1997; MENDES et al., 2000; SCATENA; TANAKA, 2001).

Vale ressaltar o sistema de informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que representa a base para operacionalização dos demais sistemas de informação,

onde se concentram as informações dos estabelecimentos de saúde, relativas à área física, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares, em todo o território nacional (BRASIL, 2006b).

No âmbito da atenção básica, o SIAB foi criado em 1998 a partir do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). Atualmente é utilizado pelo MS como instrumento de monitoramento da ESF e do PACS, mediante o agregamento e processamento dos dados advindos das visitas domiciliares, bem como, do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000). Esse sistema incorporou conceitos específicos advindos da proposta da atenção básica, como territorialização, responsabilidade sanitária e a microespecialização de problemas de saúde, possibilitando o diagnóstico demográfico e sócio-sanitário da população, o acompanhamento de grupos prioritários e das famílias da área coberta pelas ESF e PACS (BRASIL, 2003).

A base de dados do SIAB é formada por diferentes relatórios, que podem ser divididos em grupos de cadastramento familiar (indicadores sóciodemográficos), a exemplo da Ficha A (atendimento à família); acompanhamento de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, entre outros) por meio da Ficha B-HA, Ficha B-DIA, Ficha B-GES e Ficha C respectivamente; e o registro de atividades, notificações e procedimentos, através da Ficha D (BARBOSA, 2006).

Dentre os relatórios produzidos pelo SIAB encontram-se os relativos às consolidações das informações geradas, como o SSA2 (Sistema de Serviço de Atendimento da Unidade), definido como relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias, contém informações provenientes das fichas A, B, C, D, referentes às microáreas de uma mesma área de uma equipe de saúde da família. Há também o PMA2 (Produção e Marcadores para Avaliação), que consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras por área de cada ESF, em especial a ficha D (AZEVEDO; BARBOSA; SANTOS, 2006). Entende-se como marcadores os eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de avaliar as mudanças no panorama de saúde da população assistida (BRASIL, 2011c).

O MS implantou, em 2011, o módulo complementar da ficha do PMA2, o PMA2-c, que trouxe algumas mudanças para o SIAB envolvendo alterações nas informações de cadastro referentes ao Programa Bolsa Família (Ficha A), preenchidas durante a visita domiciliar, e a produção dos profissionais de nível superior na unidade de saúde, especificamente do médico, enfermeiro e cirurgião dentista. Neste relatório, as demandas do

atendimento médico estão classificadas em agendada, imediata e continuada, e inclui o registro das consultas de urgência com observação (BRASIL, 2011c).

Assim as informações obtidas pelos relatórios do SIAB permitem às equipes das unidades básicas de saúde e aos gestores, a possibilidade de acompanhar o processo de trabalho das equipes, além de avaliar a qualidade da atenção. Diferentemente de outros SIS, o SIAB caracteriza-se por ser um sistema territorializado que fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e de serviços) de uma determinada área de abrangência (SILVA; LAPREGA, 2005). A agregação dos dados confere agilidade ao sistema, gerando informações que contribuem para a tomada de decisões, em contraponto ao nível de desagregação também permitido pelo SIAB o qual contribui para sua utilização enquanto instrumento de planejamento e gestão local (GUEDES, 2007).

Alguns estudos apesar de reconhecerem o SIAB como instrumento fundamental para a gestão das unidades da ESF, por meio da identificação e avaliação das famílias, a organização dos processos de trabalho, a definição de prioridades e a construção dos indicadores de saúde, identificam também as suas fragilidades, resultantes principalmente da pouca utilização por parte das equipes de saúde da família (FREITAS; PINTO, 2005; SILVA; LAPREGA, 2005).

O MS em estudo nacional realizado acerca da utilização do SIAB pelas equipes de saúde da família aferiu que apenas 49,6% das equipes investigadas utilizam esse sistema de informação para o planejamento das ações, apontando como uma das questões relevantes para tal resultado, os baixos percentuais dos profissionais capacitados para a utilização do sistema, principalmente os profissionais médicos (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, Drumond et al. (2009) pondera que a qualidade da informação está intrinsecamente relacionada ao seu uso, na medida em que a utilização permite o aperfeiçoamento.

Para dar suporte a sistematização das informações no âmbito da atenção básica, tendo em vista a abrangência do escopo dos serviços e ações em saúde ofertados, o MS implantou outros sistemas de informação como o Sistema de Informação para o Registro de Dados da Atenção Pré-natal (SIS-PRENATAL) e o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). O Hiperdia possibilita o cadastramento, acompanhamento e o registro de dispensação de medicamentos aos pacientes (MOTA; CARVALHO, 2003).

Apesar dos inúmeros trabalhos utilizarem os SIS na avaliação em saúde; problemas relacionados à coleta e ao preenchimento dos dados, sistematização e integração dos processos, e dimensionamento do impacto das ações ainda obscurece a operacionalização das práticas avaliativas (OLIVEIRA, 2010; MOTA, 2009; THAINES et al., 2009).

A diversidade dos SIS no campo da atenção básica não prescinde da supervisão e controle da qualidade dos dados produzidos pela equipes. Tal monitoramento quando inserido no cotidiano do processo de trabalho contribui de sobremaneira para a confiabilidade das informações geradas (SILVA; LAPREGA, 2005). Nessa perspectiva, Hartz (2006) considera que o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico para avaliação do SUS.

No Cabo de Santo Agostinho identificou-se uma lacuna em relação a estudos que avaliassem a atenção básica, mais especialmente a ESF, sobretudo quando incorporada nessa discussão a utilização dos SIS. Destarte, a necessidade de se arraigar as ações de monitoramento e avaliação na atenção básica, utilizando como possível instrumento a análise sistemática das informações produzidas pelo SIS a fim de se conhecer e discutir os resultados da ESF enquanto política pública de saúde, tornou-se oportuno.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho/PE quanto aos indicadores de estrutura e processo no ano de 2012;
- b) Analisar a Estratégia de Saúde da Família mediante os indicadores de resultado da assistência prestada a diabetes mellitus e hipertensão arterial no município no ano de 2012.
- c) Classificar a Estratégia de Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho/PE mediante o cálculo de um indicador sintético proveniente dos indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área de Estudo

O estudo foi realizado no município do Cabo de Santo Agostinho – PE, situado na porção sul da Região Metropolitana do Recife (RMR), na Microrregião de SUAPE, na Região de Desenvolvimento Metropolitana do Recife, distante 33 km da capital. Abrange uma área de cerca de 448km², correspondente a 16,28% da RMR e 0,45% do território estadual, fazendo parte da I Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco.

A divisão espaço-territorial do município está compreendida em nove áreas político-administrativas (APAs), 18 Microrregiões e quatro regiões político-administrativas (RPAs). No que tange as RPAs, a primeira se localiza no centro da cidade compreendendo a maior parte dos aglomerados urbanos e o centro comercial do município; a segunda compreende a faixa litorânea; a terceira é composta por uma área urbana próxima à via de acesso mais tradicional do município e por uma zona rural, e a quarta compreende o território predominantemente rural com áreas de difícil acesso.

O Cabo de Santo Agostinho estimou para o ano de 2012 uma população de 189.222 habitantes tendo como densidade demográfica aproximadamente 419 habitantes por km² IBGE (2010).

O município possui uma rede ambulatorial básica composta por 37 Equipes de Saúde da Família, e 23 equipes de saúde bucal, sendo que 31 localizam-se em área urbana e seis em área rural. Além disso, conta com um Centro de Saúde e duas Unidades Básicas Tradicionais. Possui ainda duas áreas cobertas pelo PACS.

Na rede ambulatorial especializada, conta com o Laboratório Municipal e mais sete Centros de Referência: dois em Saúde da Mulher, um em Saúde do Trabalhador, um no tratamento da Tuberculose e Hanseníase, um em Saúde do Adolescente, um em Especialidades Odontológicas, um em Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e cinco ambulatórios de especialidades, distribuídos no Centro de Saúde Vicente Mendes, Manoel Gomes, Hospital Mendo Sampaio, Hospital Infantil e Policlínica Jamaci de Medeiros.

No que tange à forma de encaminhamento às especialidades, o município possui uma Central de Regulação, com agendamento marcado pela unidade da rede básica por telefone. Existe referência formalizada para as consultas especializadas, sendo elas: cardiologia, endocrinologia, pneumologia, infectologia, neurologia, angiologia, alergologia, cirurgia geral,

ginecologia, pediatria, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, mastologia, psiquiatria, otorrinolaringologista, ortopedista, proctologia, urologia, reumatologia, endoscopia, nefrologia, ambulatório de nutrição e psicologia. A divisão das consultas das especialidades para as unidades básicas se propõe ser equitativa.

Na atenção hospitalar, conta com dois hospitais e uma maternidade. O total de leitos disponíveis é de 85, distribuídos entre o Hospital Infantil (28), Hospital Mendo Sampaio (38) e Maternidade (19). Dispõe também de serviços de pronto-atendimento (SPA): SPA José Pedro Xavier em Sacramento/Pontezinha, SPA Jamaci de Medeiros em Ponte dos Carvalhos e SPA Dr. José Antônio de Lima em Gaibú. Além disso, no território do município estão localizadas duas unidades sob gestão estadual: uma unidade de pronto atendimento (UPA) e o Hospital Metropolitano Sul Dom Hélder Câmara destinado a pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), corpo de bombeiros, UPAs e Central de Regulação de Leitos.

Quanto ao perfil epidemiológico de adoecimento e morte no município, ao se avaliar a proporção de mortalidade entre 2008 e 2012 (tabela 1), observa-se que para os grandes grupos de causa de morte destacam-se as doenças do aparelho circulatório. Nesse grupo a principal causa determinante de óbito são as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas, o infarto agudo do miocárdio. O segundo maior grupo de causa de morte são as causas externas, que apresenta no homicídio sua maior causa determinante de óbito.

O perfil geral de mortalidade municipal para os grandes grupos de causa segue a tendência observada estadual, nacional e internacionalmente para populações em processo de envelhecimento. Contudo, as causas determinantes de morte dentre os grupos denunciam um padrão evitável de adoecimento e mortalidade que ainda persiste nos países em desenvolvimento.

Em relação à qualidade de vida municipal, os dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) revelam melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano¹ (IDH), para o período compreendido entre 1991 e 2000. O IDH-M passou de 0,630 a 0,707 (em uma escala que vai até 1,00), ocupando, pois, o 16º melhor IDH do Estado, situando-se na faixa considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “Região de Médio

¹ O IDH mede o desenvolvimento humano por meio de três variáveis sócio-econômicas: nível de educação, nível de renda e longevidade. O IDH-M (IDH municipal) mantém essas mesmas dimensões, com metodologia específica para avaliar grupos sociais menores (HENRIQUE; CALVO, 2009).¹

Desenvolvimento Humano (entre 0,5 e 0,8)” (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2003).

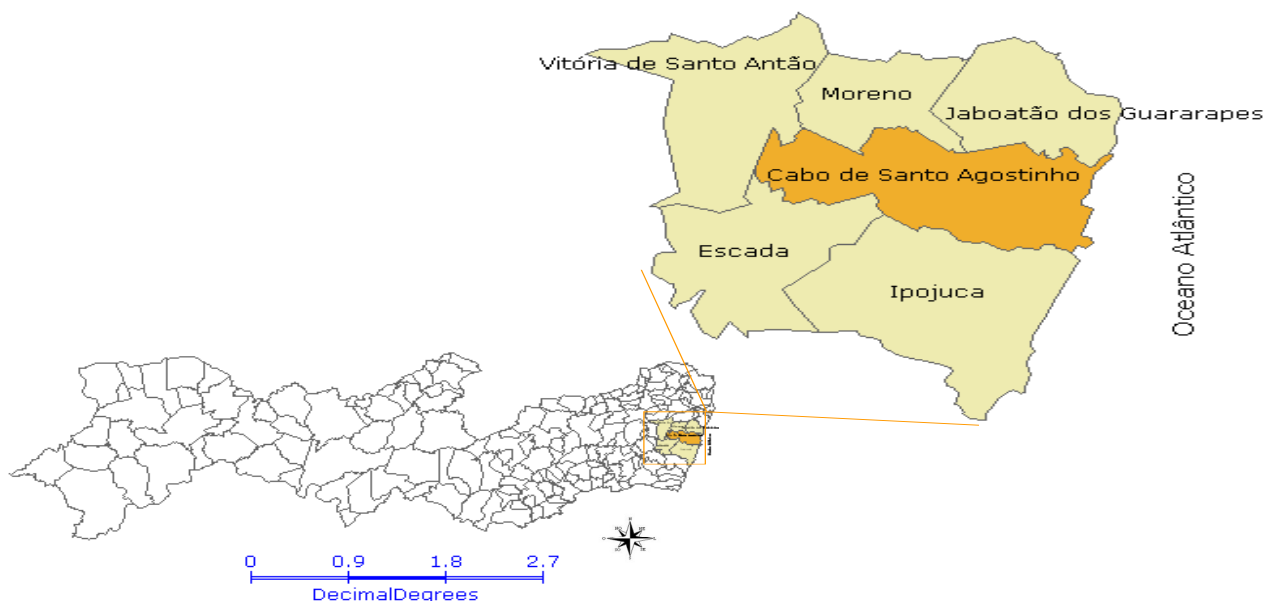
Tabela 1 – Proporção de óbitos pelas 10 principais causas determinantes no município do Cabo de Santo Agostinho, 2008 a 2012.

Causa determinante	2008		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homicídios	167	14,5	119	28,7	122	11,5	143	11,6	144	12,32
Infarto agudo do miocárdio	69	6	86	20,7	114	10,8	104	8,42	88	7,53
Doenças cerebrovasculares	88	7,6	66	15,9	89	8,42	101	8,18	85	7,27
Diabetes Mellitus	68	5,9	58	14	80	7,57	72	5,83	66	5,65
Acidentes de trânsito	20	1,7	14	3,4	34	3,22	38	3,08	29	2,48
Doenças hipertensivas	101	8,7	27	6,5	31	2,93	26	2,11	29	2,48
Pneumonias	35	3	25	5,7	44	4,16	47	3,81	48	4,11
Bronquite, enfisema, asma	29	2,5	17	3,9	30	2,84	28	2,27	33	2,82
Insuficiência cardíaca	22	1,9	10	2,3	10	0,95	9	0,73	17	1,45
Cirrose e doenças crônicas do fígado	16	1,4	18	4,1	16	1,51	31	2,51	27	2,31

Fonte: Cabo de Santo Agostinho (2012).

No que tange à economia, dentre as atividades agrícolas do município predomina a agroindústria proveniente da exploração da cana-de-açúcar. Na atualidade, o município tem se destacado pelo seu complexo industrial e portuário, possuindo dois distritos industriais: Cabosede e Suape, que contam com empresas da área química, petroquímica, alimentos e bebidas, têxtil, metal-mecânica, cerâmica, artefatos de borracha, entre outros.

Figura 1 – Localização geográfica do município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco-Brasil.



Fonte: Cabo de Santo Agostinho (2012).

4.2 Desenho de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e transversal baseada na Teoria Geral dos Sistemas de Donabedian que utilizou as dimensões de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2005).

Os três pilares da tríade de Donabedian, estrutura-processo-resultado foram representados no estudo respectivamente por indicadores de inserção, organização e resultado do modelo assistencial, baseado na proposta de Machado, Lima e Viana (2008).

Os indicadores constituem medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho dos serviços e sistemas de saúde refletindo, portanto a situação sanitária de uma população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008). Os indicadores de saúde foram desenvolvidos, portanto para facilitar a quantificação e avaliação das informações produzidas.

A abordagem de Donabedian (2005) se propôs a sistematizar a complexidade da ESF, possibilitando que se estabelecessem indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas, a partir da qual foi elaborada uma matriz de relevância de critérios e indicadores.

Os indicadores da pesquisa foram selecionados a partir de revisão bibliográfica, bem como de documentos oficiais do MS. Foram estabelecidos critérios de valoração e peso para cada indicador, de forma que se permitiu realizar as análises. Desse modo a matriz possibilitou a obtenção de valores para classificação do município, segundo cada dimensão escolhida, até uma classificação final que se deu através da elaboração de um indicador sintético ou medida-resumo.

De acordo com Neto, Januzzi e Siva (2008) os indicadores sintéticos se propõem a apreender a realidade através de uma única medida, resultante da combinação de múltiplas medições, podendo ser usados para sumarizar questões complexas ou multidimensionais, com o intuito de apoiar na tomada de decisões.

Samico et al. (2010) destacam que as respostas às perguntas avaliativas são mensuradas a partir de critérios e indicadores em comparação com parâmetros ou padrões, sendo esses quesitos essenciais para realização de um julgamento sobre o objeto avaliado.

Os critérios são um atributo, componentes da estrutura, processo e resultado, utilizados para avaliar um programa, ou parte dele. Por sua vez o indicador está atrelado ao critério e

estabelece com ele a possibilidade de se mensurar a ocorrência de um fenômeno (PATTON, 1997 apud SAMICO et al., 2010).

Finalmente, os parâmetros ou padrões se configuram em uma medida de referência que permite a mensuração de um fenômeno ou objeto considerado como ideal. Dessa forma, a disposição de tais elementos (critérios, indicadores e padrões), em uma matriz contribui para a análise e interpretação das informações.

Dentre as matrizes de avaliações, a opção da matriz de relevância, se justifica por ser esta construída através da ponderação dos critérios selecionados, na medida em que esses expressem a influência no sucesso da intervenção avaliada (OKAMURA et al., 2008).

4.3 Período de Estudo

No que diz respeito aos componentes de estrutura, processo e resultado foi realizada uma análise do ano de 2012.

4.4 População de Estudo

O estudo teve caráter censitário ao abranger a totalidade das equipes de saúde da família. A unidade de análise considerada foi o conglomerado da ESF e a esfera municipal o nível de análise. Abaixo segue a distribuição das equipes de saúde da família

Quadro 1- Distribuição da ESF por RPA/Cabo de Santo Agostinho, 2012

Regionais	ESF	Regionais	ESF
RPA I	Bela Vista I / Bela Vista II Charnequinha / Sapucaia Malaquias / São Francisco I São Francisco II / São Francisco III São Francisco IV/ Torrinha	RPA III	Alto da Igreja / Alto dos Índios Alto dos Pires / Alto do Sol Caçari / Mangueira Manoel Vigia / Maruim Santo Estevão / Loteamento Ilha
Regionais	ESF	Regionais	ESF
RPA II	Itapuama / Enseada dos Corais Gaibu / Suape Rosário / Santa Rosa Pajuçara / Sacramento	RPA IV	Charneca I / Charneca II Charneca III / Arariba Juçaral / Pirapama Mercês /Engenho Novo Liberdade
Total			37

Fonte: Cabo de Santo Agostinho (2012).

4.5 Definição de Variáveis

Sabendo-se que as propostas de avaliação devem buscar um número sintético de indicadores que permitam ao interessado na avaliação fazer um juízo de valor e considerando a grande quantidade de dados disponíveis nos sistemas de informação oficiais, a pesquisa foi desenvolvida a partir da eleição de um número reduzido de indicadores do SIAB e CNES, bem como de pesquisa documental. Outro critério para a seleção dos indicadores foi o fato da escolha ter sido norteada tendo em vista a característica de diferenciar as equipes.

Os indicadores de inserção da atenção básica, referentes à dimensão de estrutura da matriz de Donabedian, foram: porcentagem das Unidades de Saúde da Família (USF) em imóvel próprio, composição da ESF, existência das equipes de saúde bucal em relação à ESF, existência de NASF, horário de funcionamento da USF, proporção de ESF efetivamente implantadas e infraestrutura física da unidade em acordo com a PNAB, conforme descritos no Quadro 2.

A eleição pelo indicador de porcentagem das Unidades de Saúde da Família (USF) em imóvel próprio se expressa pela razão de que uma maior porcentagem de USFs instaladas em imóveis próprios podem sugerir maior estabilidade nas instalações das equipes, além de facilitar a captação de recursos externos ao município (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Para esse indicador foi atribuído peso 01.

O indicador “composição da ESF” identifica se o município cumpre o recomendado pelo MS em relação à equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS). Considerando-se a importância da completude da equipe para o desenvolvimento da estratégia, ao referido indicador foi atribuído peso dois. Vale salientar que quanto à categoria profissional de ACS, só foi classificada como equipe completa aquela que não apresentou microáreas (base geográfica definida de adscrição das famílias) descobertas da assistência desse profissional.

Os indicadores referentes à “existência das equipes de saúde bucal em relação à ESF” e “existência de NASF” identificam a posição do município em expandir a atenção básica em saúde e garantir a integralidade do cuidado em saúde, tendo sido aplicado peso 01 para ambos.

Quanto ao “horário de funcionamento da USF”, esse aponta para o acesso dos munícipes aos cuidados em saúde no âmbito da atenção básica, além de poder indicar as estratégias utilizadas pela gestão para viabilizá-lo. A esse indicador atribuiu-se peso 01.

A opção pelo indicador “proporção de ESF efetivamente implantadas” foi amparada no fato de se estar diretamente atrelado ao repasse de recursos financeiros, além de refletir a oficialização da estratégia perante as demais esferas de gestão. Vale salientar que o MS faz distinção entre o número de equipes credenciadas pelo ente federal, que são as definidas em proposta apresentada pelo gestor municipal e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); número de equipes cadastradas pelo gestor municipal no sistema, e o número de equipes implantadas. Essas representam as aptas para receber incentivos financeiros pelo MS, na competência selecionada, sendo essa a variável que foi observada pelo estudo. Ademais para a mesma foi conferido peso 01.

A eleição do indicador “Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB foi amparada em razão da diversidade de estudos de avaliação e análise dos programas e serviços de saúde que apontam essa questão como obstáculo para a consolidação da atenção básica (COTTA et al., 2006; COLOMÉ; LIMA, 2006; COSTA, 2007; COSTA et al., 2009; NASCIMENTO et. al., 2007; SERRA; RODRIGUES, 2010; SERAPIONI; SILVA, 2011, TRAD; ROCHA, 2011), repercutindo negativamente na realização de atividades consideradas essenciais para o programa. Assim, atribuiu-se peso dois para essa categoria.

Para a mensuração do indicador de infraestrutura física das unidades de saúde, o estudo contou com a técnica de observação direta (com observador declarado) que segundo Chizotti (2005), é obtida através do “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado”. Tal técnica se propõe a reconhecer as ações dos sujeitos em seus contextos, a partir de suas perspectivas e de seus pontos de vista. A pesquisa fez uso dessa técnica, tendo em vista ser a pesquisadora servidora municipal, dispondo de livre acesso à rede de saúde. A inserção da pesquisadora possibilitou sua contribuição na atualização dos documentos que se fizeram necessários, bem como o olhar direto às unidades básicas de saúde.

Para a construção dos parâmetros que melhor se adequassem a proposta de análise da infraestrutura física das unidades foram utilizadas as orientações da PNAB, que delimita os espaços considerados como essenciais para o funcionamento adequado das UBS.

Vale ressaltar que a PNAB indica como consulta o “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família”; que se propõe a orientar a construção dos espaços segundo os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA/fevereiro/2002 a qual dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, inclusive com delimitações métricas para os consultórios (BRASIL, 2012a). Contudo, o

manual indica que os entes poderão dispor de regulamentações próprias que deverão ser consideradas na elaboração dos projetos arquitetônicos das UBS (BRASIL, 2012a).

Assim, foi elaborado um roteiro para a avaliação das ambiências necessárias ao adequado funcionamento da ESF, conforme quadro 3.

Quadro 2-Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto à inserção do modelo assistencial					
Indicadores de Inserção do Modelo	Peso	Critério de Classificação dos Indicadores			Origem do Indicador
		Alto	Médio	Baixo	
		3 pontos	2 pontos	1 ponto	
Proporção das USFs em imóveis próprios	1	75% ou + de USFs locados em imóveis próprios	50% - 74,9% de USFs locados em imóveis próprios	< de 50% de USFs locados em imóveis próprios	MACHADO; LIMA; VIANA, 2008
Composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS)	2	75% ou + de equipes completas	50% - 74,9% das equipes completas	< de 50% das equipes completas	MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; BRASIL, 2011 ^a
Existência de ESB em relação á saúde da família	1	75% ou mais de equipes que possuem ESB, na conformação 01 ESB p/ 01 ESF	50% - 74,9% das equipes que possuem ESB, na conformação 01 ESB p/ 01 ESF	< de 50% das equipes que possuem ESB, na conformação 01 ESB p/ 01 ESF	MACHADO; LIMA; VIANA, 2008
Existência de NASF (cobertura em relação à ESF)	1	75% ou + das equipes de saúde da família com cobertura pelo NASF	50% - 74,9% das equipes de saúde da família com cobertura pelo NASF	< de 50% das equipes de saúde da família com cobertura pelo NASF	BRASIL, 2011 ^a
Horário de Funcionamento da USF	1	75% ou + funcionando 8h/ dia, cinco dias na semana	50% - 74,9% funcionando 8h/dia, cinco dias na semana	< de 50% funcionando 8h/dia, cinco dias na semana	BRASIL, 2011 ^a
Proporção das ESFs efetivamente implantadas	1	75% ou + das equipes efetivamente implantadas	50% - 74,9% das equipes implantadas	< de 50% das equipes implantadas	BRASIL, 2011 ^a
Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB	2	75% ou + de equipes que cumprem as recomendações da PNAB	50% -74,9% de equipes que cumprem as recomendações da PNAB	< de 50% de equipes que cumprem as recomendações da PNAB	BRASIL 2006c; SERAPIONI; SILVA, 2011; TRAD; ROCHA, 2011; BRASIL, 2012c; PMAQ

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3-Roteiro de avaliação de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família, Cabo de Santo Agostinho, PE.

Especificações	Existência/Quant.	Situação
Consultório médico/enfermagem Consultório odontológico Consultório com sanitário Sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea Sala de administração e gerência Sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica Área de recepção com local para arquivos e registros Sala de procedimentos Sala de vacina Área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS) Sala de inalação coletiva Sala de coleta Sala de curativos Copa/cozinha Sala de observação Sanitário para pacientes e funcionários distintos		
Total		

Fonte: Elaborado pela autora

Para a avaliação da dimensão processo de Donabedian, neste estudo assumido enquanto organização do modelo assistencial foram selecionados indicadores que tratem dos elementos condutores do trabalho na ESF, além da atual proposta de organização dos serviços através das redes de assistência à saúde (BRASIL, 2012a).

Mendes (2008) descreve as redes de atenção à saúde como constituídas de três elementos fundamentais: uma população cadastrada e classificada por subpopulações de risco que vive em territórios sanitários bem delimitados; um sistema lógico (os modelos de atenção à saúde) e uma estrutura operacional, os componentes das redes de atenção à saúde. Dentro desse modelo de atenção, sabe-se que uma de suas características essenciais consiste na responsabilidade sanitária que a equipe tem com um território referência e sua população adscrita.

O indicador “População adscrita por ESF” trata da população recomendada pelo MS para que a equipe de saúde ofereça um atendimento de qualidade. Segundo a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, cada equipe deverá assistir no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Tal parâmetro deverá levar em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias no território, admitindo-se assim para um maior grau de

vulnerabilidade das famílias, um menor percentual de cobertura populacional por equipe de saúde (BRASIL, 2011a).

Na ESF privilegia-se a programação e implementação das atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, o desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco, e as ações de prevenção e promoção à saúde, que podem se dar através de ações educativas (BRASIL, 2011a). Assim, os indicadores “população adscrita por ESF” e “existência de grupos educativos na ESF” foram selecionados. Para ambos atribuiu-se peso 01.

Corroborando a pesquisa de Tanaka (2011) que avalia o componente processo segundo a relação fluxo e interação que compõem a rede de atenção, optou-se por avaliar os indicadores referentes à média de consultas médicas por habitante, o número de encaminhamentos ao especialista e número de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica. Tais indicadores seguem apresentados no Quadro 4

O indicador “Média de consultas médicas por habitante” fornece uma estimativa da suficiência da oferta total de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada. Reflete, pois, a média de consultas médicas realizadas por residente cadastrado da área de abrangência da equipe em determinado período, visando identificar a acessibilidade ou a cobertura do serviço junto à população adscrita ou sob responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012c).

O número de consultas do médico na ESF refere-se ao consolidado do número de consultas por demanda agendada, demanda imediata, cuidado continuado e urgência com observação, fornecidos por meio da ficha PMA2-c do SIAB (BRASIL, 2012c). Embora esse indicador seja considerado um indicador de avaliação de desempenho do PMAQ, não há definição de parâmetros de avaliação para o mesmo.

Em relação ao número de consultas médicas a OMS recomenda 2,0 consultas médica/habitante/ano nas especialidades básicas, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda 1,5 consulta médica/habitante/ano. A portaria 1.101 de 12 de junho de 2002 recomenda como parâmetro assistencial para ações médicas básicas uma variação de cobertura entre 1,06 a 1,67 por procedimento/habitante/ano. Quando se trata do estabelecimento de um parâmetro para o referido indicador no âmbito da saúde da família, 1,5 cm/hab/ano pode ser considerado um número elevado uma vez que o médico da ESF incorpora também atividades de promoção e prevenção, além das assistenciais (BRASIL, 2002). Assim, esse estudo assumirá 1,0 consulta médica/hab/ano como parâmetro de avaliação.

O indicador “Número de encaminhamentos ao especialista” propõe verificar a quantidade de encaminhamentos triados pela atenção básica para média complexidade. Para o cálculo deste indicador, consideram-se os atendimentos ou tratamentos em qualquer especialidade como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas. Tal indicador quando avaliado tendo em vista o número de consultas do médico na atenção básica sugere a relação de efetividade da atenção primária (BRASIL, 2012c).

Quanto à medida dos encaminhamentos ao especialista foi utilizado o preconizado pelo MS que aponta um grau de resolutividade médio de 85% dos atendimentos. Portanto, padronizou-se o intervalo aceitável de 10% a 20% de encaminhamentos, resultando em um encaminhamento para 5,0 a 10,0 consultas médicas realizadas, em conformidade à pesquisa de Henrique e Calvo (2008).

O PMAQ institui como um dos indicadores para avaliação da atenção básica a “média de exames solicitados por consulta médica básica”. Para o cálculo desse indicador consideram-se os exames de patologia clínica, radiodiagnóstico, citológico cervico-vaginal, ultrassonografia obstétrica, entre outros (BRASIL, 2012c). Embora o PMAQ tenha elegido tal indicador, o MS não estabelece parâmetro de avaliação para o mesmo. Além disso, os exames citopatológico cervico-vaginal e ultrassonografia obstétrica são solicitados para uma população específica o que pode dificultar a análise do indicador.

Dessa forma, essa pesquisa elegeu como indicador de avaliação de processo o “Nº de exames de patologia clínica por consulta médica básica” que mede a relação entre o número de exames complementares solicitados, especificamente os de patologia clínica para as consultas médicas básicas. Esse indicador permite verificar, em alguma medida, a racionalidade das solicitações de exames pelo médico durante a consulta, apesar de se saber que a solicitação desses exames pode sofrer influência de fatores ligados a organização do sistema de saúde, características do médico e do paciente (sexo, idade, patologia) (BRASIL, 2012c).

A eleição desse indicador também se ampara no fato de que a solicitação exagerada de exames complementares gera efeitos negativos, como, aumento do custo financeiro para o sistema público de saúde; demanda excessiva nos laboratórios; desvalorização do exame clínico; atraso no diagnóstico; diagnósticos equivocados (falso-negativos). Para o mesmo, parâmetros assistenciais do MS estimam que 30 a 50% das consultas ambulatoriais podem gerar pedidos de exames de laboratório, sendo esse o parâmetro de avaliação considerado para se avaliar o desempenho da ESF do Cabo de Santo Agostinho quanto a esse indicador (BRASIL, 2012c).

Aos indicadores “média de consultas médicas por habitante”, “nº de encaminhamentos ao especialista” e “número de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica” foram atribuídos peso dois em virtude da relação estabelecida entre eles que apontam tanto para a assistência no âmbito da atenção básica quanto para a referência para atenção especializada.

Quadro 4-Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto à organização do modelo assistencial					
Indicadores de Organização do Modelo	Peso	Critério de Classificação dos Indicadores			Origem do Indicador
		Avançado	Intermediário	Incipiente	
		3 pontos	2 pontos	1 ponto	
Existência de grupos educativos na ESF	1	75% ou + de equipes que possuem grupos educativos	50% - 74,9% das equipes que possuem grupos educativos	< de 50% das equipes que possuem grupos educativos	BRASIL, 2012c
Média de consultas médicas por habitante/ano	2	75% ou + de equipes que apresentam média de cm/hab/ano \geq a 1,0.	50% - 74,9% que apresentam média de cm/hab/ano \geq a 1,0.	< de 50% que apresentam média de cm/hab/ano \geq a 1,0.	HENRIQUE; CALVO, 2008; BRASIL, 2012c PMAQ
Nº de encaminhamentos ao especialista	2	75% ou + das equipes que apresentam intervalo de 10% a 20% do total de consultas do médico realizadas	50% - 74,9% das equipes que apresentam intervalo de 10% a 20% do total de consultas do médico realizadas	< de 50% das equipes que apresentam intervalo de 10% a 20% do total de consultas do médico realizadas	HENRIQUE; CALVO, 2008 BRASIL, 2012c
Nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica.	2	75% ou + de equipes que apresentam intervalo de 30% a 50% de exames patologia clínica gerados a partir da consulta médica básica	50% - 74,9% que apresentam intervalo de 30% a 50% de exames patologia clínica gerados a partir da consulta médica básica	< de 50% que apresentam intervalo de 30% a 50% de exames patologia clínica gerados a partir da consulta médica básica	BRASIL, 2012c HENRIQUE; CALVO, 2008
População adscrita por ESF	1	75% ou + das equipes com pop. de até 4000 pessoas	50% - 74,9% das equipes com pop. de até 4000 pessoas	< de 50% das equipes com pop. de até 4000 pessoas	CONASS, 2011, RONCALLI; LIMA, 2006

Fonte: Elaborado pela autora

A partir dos critérios de valoração e peso de cada indicador, foram estabelecidos valores para classificação do município, considerando-se a pontuação mínima e máxima possível em cada uma das categorias analisadas. Tendo em vista que para a categoria de inserção do modelo assistencial a pontuação máxima equivale a 27 pontos, foi considerado alto, a pontuação obtida acima de 22 pontos. Ainda nessa categoria, a menor pontuação a ser obtida na matriz de avaliação se equivale a 09 pontos, sendo considerado baixo, a obtenção de um resultado igual ou menor a 14 pontos.

Quanto à dimensão de organização do modelo assistencial, a maior possibilidade de pontuação a ser obtida é de 24 pontos, classificando-se como avançado a pontuação obtida acima de 19 pontos, bem como foi categorizado como incipiente a obtenção de um resultado menor ou igual a 12 pontos, já que a menor pontuação permitida pela matriz de avaliação é de 08 pontos.

Inserção do Modelo Assistencial: Alto - > 22 pontos
Médio – ≥ 15 e ≤ 22 pontos
Baixo – ≤ 14 pontos

Organização do Modelo Assistencial: Avançado - > 19 pontos
Intermediário – ≥ 13 e ≤ 19 pontos
Incipiente – ≤ 12 pontos

A avaliação da matriz de análise representada pelos Quadros (2 e 4) respondeu ao objetivo proposto: *Caracterizar a Estratégia de Saúde da Família no município do Cabo de Santo Agostinho, PE quanto aos indicadores de estrutura e processo no ano de 2012.*

O indicador que diz respeito ao componente resultado da tríade de Donabedian foi aferido por meio da avaliação de indicadores que apontaram para as ações realizadas pela ESF na assistência às pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial.

A despeito da abrangência das linhas de cuidado assistidas pela saúde da família, a diabetes mellitus e a hipertensão arterial foram selecionadas em virtude de sua prevalência e relevância enquanto problemas de saúde pública no Brasil.

A pesquisa avaliou a assistência à diabetes mellitus e hipertensão arterial, conforme a proposição de Kessner et al. (1973), enquanto condições traçadoras ou marcadoras de saúde. Os referidos autores consideram que no campo da avaliação de serviços de saúde determinados problemas ou agravos à saúde poderiam servir como traçadores para a análise

da prestação de serviços e qualidade da atenção à saúde. Esses autores definem seis critérios ou requisitos para se considerar um determinado agravo como traçador adequado, sejam eles: efeito funcional definido, fácil diagnóstico, apresentar altas taxas de incidência/prevalência, a história natural da doença deve variar de acordo com a intervenção à saúde, técnicas de tratamento médico devem estar definidas, os efeitos dos fatores não médicos sobre a condição traçadora devem ser bem compreendidos.

Cumpra-se ressaltar que a eleição da condição traçadora em pesquisas avaliativas permite uma maior flexibilidade no sentido de se adaptar ao objeto avaliado e ao contexto no qual ele se insere, ademais a operacionalização dessa técnica permite abordagens metodológicas diversas, sejam elas qualitativas ou quantitativas, bem como diferentes estratégias e técnicas de coletas de dados (SAMICO et al., 2010).

Dessa forma, foram trabalhados os indicadores: proporção de diabéticos cadastrados; média de atendimentos por diabético; proporção de diabéticos acompanhados no domicílio. Seguindo essa linha, para hipertensão foram eleitos os indicadores: proporção de hipertensos cadastrados; média de atendimentos por hipertensos; proporção de hipertensos acompanhados no domicílio. Tais indicadores fazem parte do elenco dos indicadores selecionados para a avaliação do PMAQ (BRASIL, 2012c). Seguem descritos no quadro 5.

Cabe ressaltar que para a construção da matriz de resultado, não foi atribuído peso para os indicadores selecionados, já que essa pesquisa confere graduação de importância equivalente para os mesmos.

O indicador proporção de diabéticos cadastrados foi selecionado tendo em vista a importância do diagnóstico para o controle da doença tanto em virtude do aumento da prevalência quanto na prevenção das possíveis complicações decorrentes de um diagnóstico e tratamento tardio, tais como cegueira, doença renal, amputação. O indicador expressa o percentual de diabéticos cadastrados dentre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período (BRASIL, 2012c).

Para o cálculo do número estimado de diabéticos foram considerados os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de Diabetes Mellitus. Assim, o número estimado se expressa pelo quantitativo de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas na área coberta pela equipe versus parâmetro de prevalência estadual, conforme tabela 2 em anexo (BRASIL, 2012c). Como parâmetro desse indicador, admitiu-se a preconização do MS que define que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica (BRASIL, 2006d).

O indicador referente à média de atendimentos por diabético foi selecionado por permitir manter relação direta com o indicador de proporção de diabéticos cadastrados, na medida em que permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada. Como parâmetro desse indicador, essa pesquisa admitiu os resultados obtidos da base de dados do SIAB, que apresentou média de 4,5 atendimentos por diabético (BRASIL, 2006d).

O indicador proporção de diabéticos acompanhados no domicílio foi selecionado por expressar a proporção da população diabética acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares, dentre os cadastrados pela equipe, o que pode expressar a continuidade da assistência. Foram considerados diabéticos acompanhados aqueles que receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência (BRASIL, 2012c).

Quanto à linha de cuidado de hipertensão arterial, o indicador proporção de hipertensos cadastrados expressa o percentual de hipertensos cadastrados dentre os hipertensos estimados para a população de 15 anos ou mais, residente em determinado local e período. A eleição por esse indicador se justificou em virtude da alta prevalência, além dos possíveis complicações decorrentes da doença, como, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, entre outras (BRASIL, 2012c).

Para o cálculo do número estimado de hipertensos foram considerados os resultados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, sobre o percentual de adultos com 15 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de hipertensão. Dessa forma, assim como na diabetes mellitus, o número estimado é determinado pelo número de pessoas com 15 anos ou mais cadastradas pela saúde da família versus parâmetro de prevalência estadual, conforme tabela 2 em anexo (BRASIL, 2012c). No que se refere aos parâmetros assistenciais desse indicador, o MS admite que pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica (BRASIL, 2006d).

Outro indicador selecionado foi a média de atendimentos por hipertensos, já que este mantém relação direta com o indicador de proporção de hipertensos cadastrados, na medida em que permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa cadastrada (BRASIL, 2012c). Para a definição de parâmetros assistenciais, admitiram-se os resultados obtidos da base de dados do SIAB, que apresentou média de 3,5 atendimentos por hipertenso (BRASIL, 2006d)

Quanto ao indicador proporção de hipertensos acompanhados no domicílio, esse foi selecionado por expressar a proporção da população hipertensa acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares, entendendo como hipertensos acompanhados aqueles que

receberam pelo menos uma (01) visita domiciliar no mês de referência (BRASIL, 2012c). A categorização representada pelo Quadro 6 respondeu ao objetivo proposto: *Analisar mediante os indicadores de resultado as ações da assistência a diabetes mellitus e hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família no município no ano de 2012.*

A partir dos critérios de valoração dos indicadores selecionados para a dimensão de resultado foi estabelecido valores para classificação do município, considerando-se a pontuação mínima e máxima possível na categoria analisada. Tendo em vista que a pontuação máxima equivale a 18 pontos, foi considerado como avançado para o resultado do modelo assistencial, a pontuação obtida acima de 13 pontos. Quanto à menor pontuação, essa equivale a 06 pontos, sendo considerado baixo, a obtenção de um resultado igual ou menor a 09 pontos.

Resultado do Modelo Assistencial: Avançado- > 13 pontos

Intermediário – ≥ 10 e ≤ 13 pontos

Incipiente – ≤ 09 pontos

Quadro 5-Descrição dos indicadores de resultado do modelo assistencial: fórmula e fonte.

Indicador	Fórmula	Fonte
Proporção de diabéticos cadastrados	$\frac{\text{Número de diabéticos cadastrados em determinado local e período} \times 100}{\text{Número estimado* de diabéticos de 15 anos ou mais no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: PNAD – 2008 e Ficha A do SIAB.
Média de atendimentos por diabético	$\frac{\text{Número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com diabetes com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB
Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio	$\frac{\text{Número de diabéticos acompanhados em determinado local e período} \times 100}{\text{Número de diabéticos cadastrados no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB
Proporção de hipertensos cadastrados	$\frac{\text{Número de hipertensos cadastrados em determinado local e período} \times 100}{\text{Número estimado* de hipertensos de 15 anos ou mais no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: PNAD– 2008 e Ficha A do SIAB
Média de atendimentos por hipertensos;	$\frac{\text{Número de atendimentos médicos e de enfermeiro para hipertensos em determinado local e período}}{\text{Número de hipertensos com 15 anos ou mais cadastrados no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB
Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio	$\frac{\text{Número de hipertensos acompanhados em determinado local e período} \times 100}{\text{Número de hipertensos cadastrados no mesmo local e período}}$	Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.

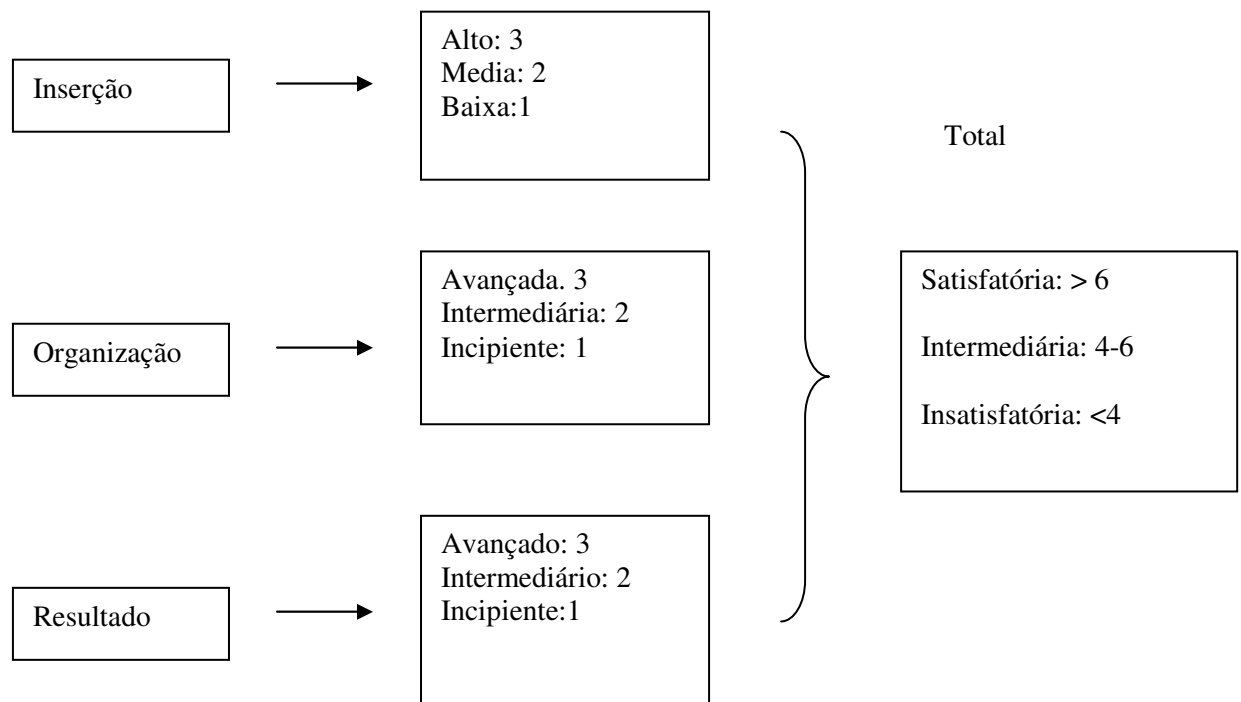
Fonte: Brasil (2012). .

Quadro 6-Metodologia para classificação dos indicadores de atenção básica quanto ao resultado do modelo assistencial				
Indicadores de Resultado do Modelo	Critério de Classificação dos Indicadores quanto ao Resultado do Modelo Assistencial			Origem do Indicador
	Avançada	Intermediária	Incipiente	
	3 pontos	2 pontos	1 ponto	
Proporção de diabéticos cadastrados	75% ou + das ESF que têm cadastrados 65% ou + da população estimada para Diabete Mellitus	50%-74,9% das ESF que têm cadastrados 65% ou + da população estimada para Diabete Mellitus	< de 50% das ESF que têm cadastrados 65% ou + da população estimada para Diabete Mellitus	PMAQ BRASIL, 2006d
Média de atendimentos por diabético	75% ou + das ESF que realizam 4,5 atendimentos ou + por pacientes com Diabetes Mellitus	50%-74,9% das ESF que realizam 4,5 atendimentos ou + por pacientes com Diabetes Mellitus	< de 50% das ESF que realizam 4,5 atendimentos ou + por pacientes com Diabetes Mellitus	PMAQ BRASIL, 2006d
Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio	75% ou + das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à população de 90% ou + dos diabéticos cadastrados	50%-74,9% das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à população de 90% ou + dos diabéticos cadastrados	< de 50% das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à 90% ou mais dos diabéticos cadastrados	PMAQ BRASIL, 2006d
Proporção de hipertensos cadastrados	75% ou + das ESF que têm cadastrados 80% ou + da população estimada para Hipertensão	50%-74,9% das ESF que têm cadastrados 80% ou + da população estimada para Hipertensão	< de 50% das ESF que têm cadastrados 80% ou + da população estimada para Hipertensão	PMAQ BRASIL, 2006d
Média de atendimento por hipertenso	75% ou + das ESF que realizam 3,5 atendimentos ou + por pacientes com Hipertensão Arterial	50%-74,9% das ESF que realizam 3,5 atendimentos ou + por pacientes com Hipertensão Arterial	< de 50% das ESF que realizam 3,5 atendimentos ou + por pacientes com Hipertensão Arterial	PMAQ BRASIL, 2006d
Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio	75% ou + das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à população de 90% ou + dos hipertensos cadastrados	50%-74,9% das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à população de 90% ou + dos hipertensos cadastrados	< de 50% das ESF que realizaram acompanhamento no domicílio à população de 90% ou + dos hipertensos cadastrados	PMAQ BRASIL, 2006d

Fonte: Elaborado pela autora

Para a categorização final do município quanto à avaliação da atenção básica, mediante os resultados obtidos nas categorias de inserção, organização e resultado do modelo assistencial, foram definidos escores. Ao final a agregação de escores dos indicadores analisados permitiu a classificação do município de acordo com a pontuação máxima e mínima possível em cada categoria (Figura 2): satisfatória (somatório de escores maior que 6), intermediária (escores entre 4 e 6) e insatisfatória (somatório de escores inferior a 4), respondendo então ao objetivo 3: *Classificar a Estratégia de Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho/PE a partir do cálculo de um indicador sintético formado a partir de indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado.*

Figura 2- Classificação do município quanto ao indicador sintético da Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Elaborado pela autora

4.6 Processamento e Análise dos dados

Os dados foram codificados e digitados utilizando-se o programa Microsoft Excel, através do qual se procederam as análises. Para a tabulação do banco de dados do SIAB foi utilizado o aplicativo TABWIN.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto em pauta foi submetido à apreciação da Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, em consonância com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado com o parecer Nº 66578 de 03 de agosto de 2012, conforme Anexo A.

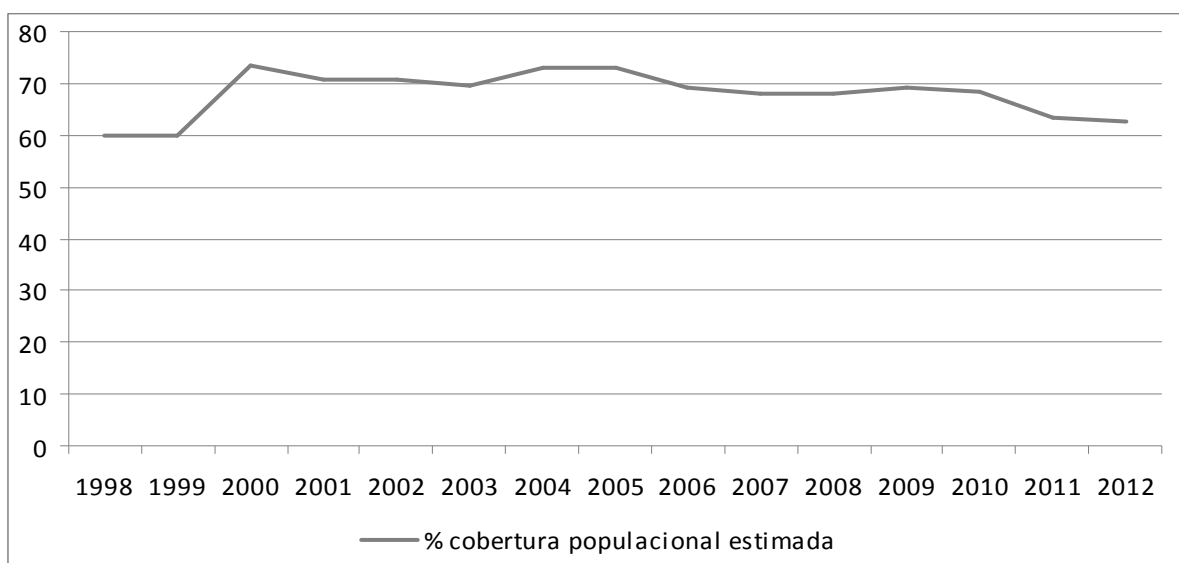
6 RESULTADOS

6.1 Inserção da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

No presente estudo os indicadores de inserção do modelo assistencial, compreendidos como os de estrutura da tríade de Donabedian, tratados enquanto recursos administrativos, financeiros, humanos e materiais, disponíveis para execução das atividades ou serviços propostos, foram elencados como: porcentagem das Unidades de Saúde da Família (USF) em imóvel próprio, composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS), existência de ESB em relação à ESF, existência de NASF, horário de funcionamento da USF, e infraestrutura física da unidade em acordo com a PNAB. Tais indicadores serão apresentados nos quadros 7 e 8.

O Cabo de Santo Agostinho implantou a ESF em 1997, sendo inicialmente denominada de Programa Saúde em Casa (SANTOS, 2005). Em 15 anos de implantação da estratégia, a cobertura evoluiu de 25 equipes em 1998, para 37 ESF em 2012. Ao se analisar a trajetória de evolução da ESF no município, percebe-se a expansão inicial do número de equipes e uma posterior estabilização, visto que entre 1998 e 2012 a proporção de cobertura populacional passou de 59,82% para 62,67%.

Figura 3- Porcentagem de população coberta pela ESF no município do Cabo de Santo Agostinho, PE, 1998 a 2012.



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Ministério da Saúde, 2013

A saúde da família do Cabo de Santo Agostinho apresentou quanto ao indicador “Proporção das USF localizadas em imóveis próprios”, baixo, visto que apenas 27,02% das unidades cumprem tal requisito, conforme quadro 7.

O indicador “Composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS)”, revelou baixa performance em virtude do percentual da completude das equipes ser de 37,83%. Vale salientar a grande dinamicidade referente a esse indicador em virtude da alta rotatividade na ESF. Ademais a situação de completude foi aferida tendo por base o elenco mínimo proposto pelo MS (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS) desde que nenhuma microárea ficasse desassistida do trabalho do ACS.

Quanto à completude, verificou-se que o enfermeiro estava presente em 100% das equipes, sendo que o auxiliar ou técnico de enfermagem em 95% dessas. O profissional médico estava presente em 32 das 37 equipes da ESF, correspondendo a 86,49% de adesão. Quanto ao ACS, percebeu-se uma maior carência desse em relação aos demais, com ausência de 59,46%, 22 equipes.

O indicador de inserção do modelo assistencial “Horário de Funcionamento da USF”, avaliou as equipes com horário de funcionamento de no mínimo 8 horas por dia, cinco dias na semana (segunda-feira a sexta-feira), nesse indicador o município foi classificado alto, na medida em que 75,68% das equipes cumprem essa condição. No geral, observou-se que todas as equipes preservam o horário de almoço, entre 12:00hs e 13:00hs (Quadro 7). Contudo, as equipes que não cumprem a jornada diária de 8hs foram identificadas como as de difícil acesso, ou seja, situadas em área de praias ou em área rural. Aferiu-se ainda que nenhuma ESF utiliza horários alternativos de atendimento, sejam eles noturnos ou em finais de semana.

No que corresponde ao indicador “existência de ESB em relação à saúde da família”, o município teve classificação média. Observou-se 62,16% das equipes com assistência em saúde bucal, na proporção de 01 ESB para cada 01 ESF (Quadro 8).

Apesar do MS admitir três modalidades de ESB: Cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal (modalidade I), Cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (modalidade II), e Unidade odontológica móvel (modalidade III), o município apresentou as modalidades I e II. Assim, das 23 ESBs, 20 equipes foram classificadas na modalidade 01, e 03 ESBs na modalidade II (USF Manoel Vigia, USF Sacramento e USF Sapucaia).

O indicador “Existência de NASF (cobertura em relação à ESF)” foi categorizado dentro da matriz de inserção do modelo assistencial como médio, com 64,86% de cobertura, correspondendo a 24 equipes (Quadro 8).

O Cabo de Santo Agostinho possui 02 NASF (NASF 01), localizados nas regionais I, II e III. A regional IV não possui tal cobertura em razão da limitação geográfica. A equipe do NASF é formada por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, psiquiatra e fonoaudiólogo. Dessa forma, percebe-se que a entrada dessas duas áreas, saúde mental e reabilitação, na composição dos NASF tenta suprir uma lacuna inicialmente não prevista na atenção básica. Nisso também se ampara a escolha do município por essas especialidades em relação às demais propostas pelo MS.

O indicador “proporção de ESF efetivamente implantadas” procurou aferir dentre as equipes do município quantas estavam efetivamente implantadas. Das 37 equipes, foi identificado grau de implantação efetivo em 34. Logo, o município foi qualificado como alto em relação ao critério de classificação, tendo atingido o percentual de 91,89%. As equipes de saúde da família que não foram classificadas como efetivamente implantadas têm o seu aporte de recursos financiado pelo município, já que o MS impõe como obrigatoriedade para o incentivo financeiro o devido credenciamento.

Quanto ao indicador “Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB” foi identificado que nenhuma unidade possuiu todas as delimitações destacadas pelo estudo: consultório médico/enfermagem; consultório odontológico; consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica; área de recepção com local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativo, sala de observação, copa/cozinha, banheiro para funcionários e pacientes (Quadro 9). Dessa forma, esse indicador foi classificado como baixo para inserção do modelo assistência, contudo, os achados permitiram identificar importantes variações entre as unidades quanto à estrutura física (Quadro 10).

Em relação à existência de consultório médico e de enfermagem, 36 unidades, 97,30%, possuíam os 02 ambientes, com exceção da USF Torrinha, na qual o médico e o enfermeiro dividiam o consultório. Quanto ao consultório odontológico, esses estavam presentes em 25 unidades, embora 02 dessas unidades estivessem sem assistência à saúde bucal por falta de profissional. Quanto ao consultório com sanitário, observou-se em 09 USFs, cerca de 24,32%.

Em referência à sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica, essas estavam presentes em 02

(5,4%) e 05 (13,51%) unidades respectivamente. No que diz respeito à sala de administração e gerência, nenhuma unidade apresentou esse ambiente, o que pode se justificar em razão da gestão da unidade ser compartilhada por todos os componentes da equipe, além do que quase todas as UBSs apresentam 01 ESF por unidade, a exceção das equipes de Charnequinha e Sapucaia que dividem o mesmo espaço físico, bem como as equipes Charneca I e II.

Ao se tratar da presença da área de recepção com local para arquivos e registros e da área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos, o resultado foi de 36 equipes (97,29%); e 37 equipes (100%), respectivamente. Quanto ao primeiro ambiente, a única unidade que não dispõe de área de recepção com local para arquivos e registros é a USF Loteamento Ilha, que utiliza a copa para armazenar os arquivos. Quanto ao segundo ambiente acima descrito, as unidades apresentaram, em sua maioria, a prática de dispensação de medicamentos na recepção, a exceção das USF Jussaral, Caçari e Alto da Igreja que apresentam estrutura que permite a dispensação de medicamentos dentro da farmácia.

No tocante as salas de procedimentos e salas de observação essas não se fizeram presente em nenhuma USF, muito embora 19 equipes referiram realizar procedimentos na sala de curativos, quando necessário. A sala de inalação coletiva foi verificada em apenas 02 USF, Caçari e Liberdade. As demais unidades admitiram realizar esse procedimento em ambientes tais como recepção, sala de curativo, corredor e sala de vacina. Quanto à sala de coleta, essa compunha a ambiência apenas da USF São Francisco I. As demais unidades não possuíam o espaço, nem tão pouco realizavam coleta de exames no posto.

Quanto ao ambiente “sala de vacina”, nas unidades do Cabo de Santo Agostinho verificou-se sua presença em 36 equipes (97,30%), a exceção da USF Torrinha, que não apresentou um espaço reservado para a atividade, mantendo a geladeira na recepção. Ademais, entre as 36 unidades que apresentaram esse ambiente foi observado climatização em 22. No que concerne à sala de curativos, essa foi identificada em 34 unidades, cerca de 91,89%, a exclusão das equipes de Bela Vista II e Charneca III que apresentaram o ambiente interditado em virtude de problemas estruturais e da USF Enseada dos Corais que não apresentou um espaço reservado para a prática, utilizando quando necessário o consultório.

Em relação à copa/cozinha e sanitário distinto para pacientes e funcionários, esses espaços estavam presentes em 100% das USF e 70,27%, 26 USFs, respectivamente.

Vale ressaltar ainda que apesar da existência de unidades com a presença dos espaços apontados pela PNAB, condição salutar para o desenvolvimento das práticas de saúde na atenção primária, destacaram-se problemas como: unidades com salas com espaços

insuficientes, ou em número reduzido, sem ventilação natural, ou com iluminação inadequada; salas com paredes infiltradas, mofo, rachaduras e de reboco mal feito; além de medicamentos armazenados inadequadamente.

Como o município acumulou 15 pontos, constatou-se que na categoria de inserção do modelo assistencial seu conceito foi médio, conforme tabela abaixo.

Tabela 3- Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de inserção do modelo assistencial, 2012.

Indicadores	Porcentagem de desempenho das ESFs	Classificação	Pontuação
Proporção das USFs em imóveis próprios	27,2%	Baixo	1
Composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS)	37,83%	Baixo	2
Existência de ESB em relação á saúde da família	62,16%	Médio	2
Existência de NASF (cobertura em relação à ESF)	64,86%	Médio	2
Horário e Funcionamento da USF	75,68%	Alto	3
Proporção das ESF efetivamente implantadas	91,89%	Alto	3
Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB	0%	Baixo	2
Total	-	Médio	15

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 10- Desempenho e classificação do indicador de inserção do modelo assistencial “Infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB” por ambiente, Cabo de Santo Agostinho, 2012 (continua).

Indicadores	Equipes de Saúde da Família N (%)	Classificação
Consultório médico/enfermagem	97,30%	Baixo
Consultório odontológico	67,56%	
Consultório com sanitário	24,32%	
Sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea	5,4%	
Sala de administração e gerência	0%	
Sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica	13,51%	
Área de recepção com local para arquivos e registros	97,29%	
Sala de procedimentos	0%	
Sala de vacina	97,30%	
Área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS)	100%	
Sala de inalação coletiva	5,4%	
Sala de coleta	2,7%	
Sala de curativos	91,89%	
Copa/cozinha	100%	
Sala de observação	0%	
Sanitário para pacientes e funcionários distintos	70,27%	

Fonte: Elaborada pela autora

6.2 Organização da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

No presente estudo, elencou-se como indicadores de organização do modelo assistencial: População adscrita por ESF; Existência de grupos educativos na ESF; Média de consultas médicas na atenção básica; Nº de encaminhamentos ao especialista, Nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica. Esses seguem apresentados nos quadros 11 e 12.

O indicador “População adscrita por ESF” apresentou-se como intermediário para organização do modelo assistencial, na medida em que o resultado apontou para 14 equipes de saúde da família com população coberta em número superior ao preconizado pelo MS, levando em conta o máximo de 4000 pessoas por equipe, com 62,16% das equipes apresentando população de até 4000 pessoas. Ademais, se aferiu variações entre o percentual de população cadastrada, a exemplo da USF Santo Estevão com o maior número de pessoas adscritas, 5868, e a USF Liberdade com cobertura registrada para 503 pessoas, menor quantitativo de cobertura registrado. Dentre as unidades que apresentaram população inferior a 2000 pessoas se encontram as localizadas em área rural e de praias (USFs Arariba, Liberdade, Engenho Novo e Itapuama).

O indicador que tratou da existência de grupos educativos na ESF alcançou classificação intermediária, já que 26 equipes (70,27%) realizam atividades em grupo. Os grupos trabalhados no âmbito da atenção básica no município do Cabo de Santo Agostinho seguem a lógica dos ciclos de vida (idosos, crianças), bem como dos grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos).

O indicador de organização do modelo assistencial “Média de consultas médicas por habitante” apresentou-se incipiente, já que das 37 equipes, apenas 06 apresentaram média de consultas médicas por habitante com resultado superior ou igual a 1,0 (16,21%) (Quadro 12). O resultado sugere que há irregularidades no registro das informações, visto que 06 equipes não apresentaram nenhuma informação durante todo o ano, além da grande heterogeneidade entre os resultados alcançados, a exemplo da USF Bela Vista I que apresentou 2,37 consulta médica por habitante e a USF Alto dos Índios com 0,08 consulta médica por habitante.

O indicador “Número de encaminhamentos ao especialista” foi classificado como incipiente para organização do modelo assistencial. No que se refere ao universo das 37 equipes municipais, 12 apresentaram percentual de encaminhamento dentro do intervalo de 10% a 20% do total de consultas médicas realizadas no âmbito da atenção básica,

equivalendo, pois, a 32,43%. Vale salientar que 07 equipes não apresentaram a informação, 06 delas no que se refere ao número de consultas do médico, e 01 equipe quanto ao número de encaminhamentos ao especialista, o que pode ter contribuído para a classificação insatisfatória do município, além de apontar para o registro deficitário das informações.

Entre as equipes percebe-se uma variação importante nos resultados encontrados, com 13 equipes apresentando proporção de encaminhamentos em relação às consultas básica acima de 20% como a USF Alto do Sol, que registrou 950 encaminhamentos ao especialista para 602 consultas realizadas. Em contraposição a USF Bela Vista I apresentou 5391 consultas realizadas pelo médico e apenas 338 encaminhamentos registrados.

No que concerne ao desempenho do indicador “número de exames de patologia clínica por consulta médica básica” foram solicitados 59.584 exames para o total de 66.930 consultas médicas realizadas. Tendo em vista o parâmetro assistencial do MS, apenas 07 equipes realizaram exames de patologia clínica dentro do intervalo preconizado de 30% a 50% do total das consultas médicas básicas, equivalendo a 18,91%. Isso resultou na classificação do município como incipiente para o indicador de organização do modelo assistencial.

Dentre as equipes que se apresentaram fora da margem admitida pela pesquisa, 06 não apresentaram a informação sobre o número de consultas médicas realizadas, 08 equipes apresentaram número de solicitações de exames abaixo da faixa mínima de 30% e 16 apresentaram o total de solicitações de exames acima de 50%, sendo que dentre essas 10 equipes apresentaram número de exames superior ao número das consultas. Os achados acima descritos podem também apontar para o registro irregular das informações.

Como o município acumulou 10 pontos, constatou-se que na categoria de organização do modelo assistencial seu conceito foi incipiente, conforme descrição na tabela 4.

Tabela 4- Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de organização do modelo assistencial, 2012.

Indicadores	Porcentagem de desempenho das ESFs	Classificação	Pontuação
População adscrita por ESF	62,16%	Intermediário	2
Existência de Grupos Educativos na ESF	70,27%	Intermediário	2
Média de consultas médicas por hab.	16,21%	Incipiente	2
Nº de encaminhamentos ao especialista	32,43%	Incipiente	2
Nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica	18,91%	Incipiente	2
Total	-	Incipiente	10

Fonte: Elaborado pela autora

6.3 Resultado da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

Os indicadores de resultado do modelo assistencial destacam-se: proporção de diabéticos cadastrados; média de atendimentos por diabético; proporção de diabéticos acompanhados no domicílio; proporção de hipertensos cadastrados; média de atendimentos por hipertensos e proporção de hipertensos acompanhados no domicílio, seguem apresentados nos quadros 13 e 14.

O indicador “proporção de diabéticos cadastrados” foi calculado a partir da média, em relação ao período do estudo (2012), tendo em vista que o numerador apresentou variações mensais. A partir do resultado da média do numerador calculou-se o indicador, já que o denominador permanece invariável. O indicador “proporção de hipertensos cadastrados” seguiu a mesma lógica.

No que tange ao desempenho do indicador de cadastramento da população com diabetes mellitus, 20 equipes (54,05%) têm cadastrado 65% ou mais dos diabéticos estimados, o que classifica o município como intermediário. Vale ressaltar que os resultados apontaram para a variação do indicador entre as unidades, a exemplo da USF Pajuçara com alcance de “proporção dos diabético cadastrados” superior a de diabéticos estimados para faixa etária considerada, com 125,64%, em contraponto as USFs Jussaral e Arariba apresentando a menor proporção encontrada entre as unidades: 22,95% e 23,22% respectivamente.

O indicador “média de atendimentos por diabético” foi obtido mediante a divisão do total do número de atendimentos na população referida pela média do denominador (pessoas com diabetes cadastradas).

Dessa forma, aferiu-se 11 equipes (29,73%) com média de atendimentos por diabético acima ou igual a 4,5 atendimentos apenas, classificando o município enquanto incipiente para resultado do modelo assistencial no que tange a esse indicador. A USF São Francisco II alcançou o maior resultado, com média de 17,06 atendimentos por pessoas com diabetes, ao passo que a USF Charneca II registrou 0,02 de média e a USF Charneca I não apresentou nenhum registro no ano em questão. Ademais o registro irregular de algumas equipes ao longo do ano pode ter contribuído para o desempenho insatisfatório do município.

O indicador “proporção de diabéticos acompanhados no domicílio” teve como cálculo a média do número de diabéticos acompanhados (numerador) pela média do número de diabéticos cadastrados (denominador). Quanto ao desempenho desse indicador, o município foi classificado intermediário com 20 equipes (54%), dispondo de valores de proporção de diabéticos acompanhados no domicílio igual ou superior a 90%. Faz-se importante evidenciar

o desempenho individual das equipes, dentre as quais, 8 USFs (Bela Vista I, Torrinha, São Francisco III, Suape, Charneca III, Charneca I, Jussaral, Liberdade) com proporção de 100% de diabéticos acompanhados no domicílio. Em contraposição a USF Enseada dos Corais obteve a menor proporção de diabéticos acompanhados, 35,59%. Contudo, faz-se mister ressaltar que as equipes que alcançaram 100% de cobertura de diabéticos acompanhados no domicílio apresentaram variação equivalente do número de diabéticos acompanhados e do número de diabéticos cadastrados, em todos os meses do ano, o que aponta para questionamentos sobre a confiabilidade dos dados produzidos.

O indicador “proporção de hipertensos cadastrados” apresenta-se incipiente para classificação do resultado do modelo assistencial, na medida em que somente uma equipe (USF Mangueira) cumpre o parâmetro da programação recomendado pelo MS, que discorre que pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica.

O indicador “média de atendimentos por hipertensos” obteve desempenho incipiente para classificação do resultado do modelo assistencial, uma vez que 08 equipes (21,62%) possuem 3,5 atendimentos ou mais para população cadastrada com Hipertensão Arterial. Analisando o seguimento individual das unidades, verificou-se que as USFs Charneca I e II não apresentaram registro durante todo o ano, a USF Sacramento obteve a menor média dentre as informadas, 0,39, e a USF São Francisco II a maior média, 7,15. Ressalta-se a alimentação irregular das informações no SIAB, verificada pelo não preenchimento dos campos durante alguns meses como contribuinte para o desempenho insatisfatório do município quanto ao indicador em questão.

Para o cálculo do indicador “proporção de hipertensos acompanhados no domicílio” anual, fez-se as médias do número de hipertensos acompanhados (numerador) e do número de hipertensos cadastrados (denominador). Do mesmo modo, procedeu-se o cálculo da proporção de diabéticos acompanhados no domicílio.

Para o indicador “proporção de hipertensos acompanhados no domicílio”, o município foi classificado incipiente, ao passo que 14 equipes, 37,84%, atingiram 90% ou mais da proporção de hipertensos acompanhados no domicílio. Vale salientar 05 equipes com registro de 100% de proporção de hipertensos acompanhados no domicílio (Bela Vista I, São Francisco III, Suape, Charneca III e Charneca I), contudo observa-se que essas equipes apresentaram valores idênticos de hipertensos acompanhados e hipertensos cadastrados, inclusive com variações semelhantes ao longo do ano, fato esse que aponta para a não confiabilidade dos dados produzidos.

A tabela 5 referente à classificação do Cabo de Santo Agostinho quanto à categoria de resultado do modelo assistencial, apresenta o município com o conceito de incipiente, haja visto o acúmulo de apenas 08 pontos.

Tabela 5- Classificação, porcentagem de desempenho e pontuação da ESF do Cabo de Santo Agostinho segundo indicadores selecionados de Resultado do modelo assistencial, 2012.

Indicadores	Porcentagem de desempenho das ESFs	Classificação	Pontuação
Proporção de diabéticos cadastrados	54,05%	Intermediário	2
Média de atendimentos por diabético	29,73%	Incipiente	1
Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio	54%	Intermediário	2
Proporção de hipertensos cadastrados	2,7%	Incipiente	1
Média de atendimentos por hipertenso	21,62%	Incipiente	1
Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio	37,84%	Incipiente	1
Total	-	Incipiente	8

Fonte: Elaborada pela autora

6.4 Classificação da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

Na classificação geral foram agregados os escores das dimensões de inserção, organização e resultado. Respeitando-se a valoração pré estabelecida para cada dimensão analisada, obteve-se resultados de médio, incipiente e incipiente, respectivamente, o que classificou o município quanto ao indicador sintético de atenção básica como intermediário, respondendo então ao objetivo: *Classificar a Estratégia de Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho/PE mediante o cálculo de um indicador sintético proveniente dos indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado.*

Tabela 6- Classificação e pontuação do município quanto ao indicador sintético, 2012.

Dimensões analisadas	Classificação	Pontuação
Inserção do Modelo Assistencial	Médio	2
Organização do Modelo Assistencial	Incipiente	1
Resultado do Modelo Assistencial	Incipiente	1
Total	Intermediário	4

Fonte: Elaborada pela autora

7 DISCUSSÃO

7.1 Inserção da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

Conforme se observou os indicadores que permitiram a avaliação da dimensão de estrutura classificaram o município enquanto médio para inserção do modelo assistencial. Tal categorização se deve ao acúmulo de 15 pontos resultantes do desempenho dos sete indicadores selecionados.

Os indicadores que alcançaram a classificação “baixo” quanto ao desempenho foram: proporção das USFs em imóveis próprios, infraestrutura física das unidades em acordo com a PNAB e Composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS). Percebe-se que a classificação insatisfatória desses indicadores compromete o trabalho no âmbito da atenção básica.

Quanto ao indicador, proporção das USFs em imóveis próprios, sabe-se que a locação das unidades em imóvel próprio pode favorecer uma maior estabilidade na instalação das equipes e manutenção do vínculo desta com sua área de abrangência (CAMPOS, 2010). Além disso, a OMS instituiu por meio da Portaria Nº 2.206, de 14 de setembro de 2011, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, no qual financia reformas em unidades de saúde, desde que essas estejam implantadas em imóveis próprios do município, ou a ele cedidas por outro ente federativo (BRASIL, 2011d). Dessa forma, uma baixa proporção de unidades básicas instaladas em imóveis próprios dificulta a captação de recursos e por conseguinte uma melhor adequação das unidades quanta à infraestrutura física.

A análise da estrutura física das unidades de saúde do Cabo de Santo Agostinho se mostrou em desacordo aos padrões mínimos exigidos pela PNAB. Esses achados corroboram com a pesquisa que avaliou a estrutura destinada à atenção pré-natal na APS de Pelotas-RS (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Nessa pesquisa constatou-se que a maioria das unidades daquele município apresentavam estrutura precária, revelando terem sido implantadas sem um planejamento de construção adequada aos padrões estabelecidos pelo MS (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Tal achado também pode ser extrapolado para o município do Cabo de Santo Agostinho, tendo em vista a realidade apresentada quanto à instalação das unidades em imóveis próprios.

Corroborando com os achados da pesquisa no Cabo de Santo Agostinho, Nascimento, Santos e Carnut (2011) ao realizar revisão sistemática da literatura a fim de identificar os problemas da ESF, consideraram a estrutura das unidades como um obstáculo importante a

efetivação da política. Os autores relataram a precariedade da infraestrutura física, tanto na zona rural, quanto na zona urbana, com problemas que vão desde a falta de legalização de terrenos, até a falta de espaço físico. Em relação à zona rural, entre os problemas enfrentados, destacou-se o financiamento insuficiente destinado à reforma das unidades.

Silveira et al. (2004) em avaliação das condições favoráveis e desfavoráveis para a consolidação do acolhimento em USFs de Campina Grande, na Paraíba, descrevem a inadequação da área física como condição desfavorável. Tal realidade se faz presente em uma grande parcela de UBS distribuídas por todo o Brasil, o que mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, de forma que se garanta a confortabilidade; condições adequadas de trabalho para os profissionais, e de espera e atendimento para os usuários, além de espaços propícios para encontros e trocas (MEDEIROS et al., 2010).

Pedrosa (2011) realizou estudo em Cuiabá e Mato Grosso a fim de verificar, nos serviços básicos de saúde, as percepções dos profissionais de enfermagem sobre as influências da infraestrutura em suas práticas. O autor observou que os prejuízos demonstrados pela inadequação de estrutura física podem divergir em relação aos usuários ou aos profissionais. Para os usuários a precariedade das unidades pode se colocar como um obstáculo para o acesso, a humanização, a continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações. Para o profissional prejudica sua autonomia, gerando insatisfação, dificuldade para planejar recursos e atingir metas, além de incidir diretamente no desempenho e na qualidade das práticas de saúde.

Para Mendes (2002), a precariedade da infraestrutura nas unidades básicas de saúde se dá por diferentes razões, contudo, geralmente, decorre da visão política de que a atenção básica é para pobres de regiões pobres, reiterando o conceito equivocado de que a APS é de baixa complexidade tecnológica e, portanto, pode ser ofertada em quaisquer condições.

Sznelwar e Abrahão (2007) ao avaliar a organização do trabalho e serviços de saúde apontam que as possibilidades de atuação dos profissionais dependem intimamente dos equipamentos, edifícios e ferramentas disponíveis. Para esses autores, as carências existentes podem comprometer o trabalho das equipes e os resultados operacionais.

Starfield (2004) considera que dentre outros fatores (capacitação profissional e organização do trabalho); condições estruturais adequadas representam um elemento importante à assistência na APS de alta qualidade. Por sua vez, Donabedian (1991) relaciona a estrutura e a qualidade da atenção como de grande importância para o planejamento, desenho e organização do sistema. Assim, valorizar a infraestrutura dos serviços de saúde

implica possibilidade de consecução de boas práticas assistenciais, uma vez que as evidências balizam que a qualidade da assistência prestada se mostra sensível às condições estruturais e ambientais.

O indicador “Composição da ESF (elenco mínimo proposto pelo MS)” considerado baixo compromete as atividades assistenciais na medida em que o trabalho na saúde da família se faz de modo interdisciplinar. No que diz respeito à carência dos profissionais na ESF, a pesquisa apontou que apesar da grande maioria dos estudos (CAMPOS; MALIK, 2008; GIRARDI; CARVALHO, 2003) discorrerem sobre a dificuldade de adesão do médico ao saúde da família, no município do Cabo de Santo Agostinho, essa questão não demonstrou ser a mais relevante.

Quanto à carência do ACS, apontada pela pesquisa essa se faz problemática em virtude das inúmeras atribuições desse profissional, sejam elas: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; sendo responsável pelo seu cadastramento e atualização; orientação das famílias; realização das atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; além do acompanhamento, por meio de visita domiciliar, de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Além do que compete a esses profissionais a realização de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, o papel do ACS na atenção básica apresenta peculiaridades, por ser esse um profissional que faz parte dessa população e trabalha para ela, com ela. Assim, supõe-se que é quem conhece as formas cotidianas de viver e de se comportar das famílias, além de representar o elo entre a comunidade e o restante da equipe (GALAVOTE et al., 2011). Na prática, percebe-se que a organização do trabalho na ESF está essencialmente relacionado com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias. (MARTINES; CHAVES, 2007).

Dentre os indicadores de inserção do modelo assistencial que foram categorizados como alto estão: horário e funcionamento da USF e proporção das ESF efetivamente implantadas. Quanto ao primeiro indicador, apesar do seu bom desempenho, vale salientar que foi considerado como critério o horário de funcionamento de 8 horas por dia, cinco dias na semana. Ademais nenhuma equipe municipal apresentou estratégias de horário ampliado de atendimento. Tal situação pode comprometer o acesso de parte da população economicamente ativa, que se depara com as possibilidades de atendimento médico reduzidas em virtude da jornada de trabalho.

Em consonância aos resultados da pesquisa, Rocha et al. (2008) ao avaliar as experiências de implementação da ESF em municípios do Nordeste brasileiro observaram que a grande maioria das unidades de saúde da família funcionava em dois turnos e não dispunha de horário especial (noturno, final de semana ou feriado). Corroborando com o estudo supracitado, Machado, Lima e Viana (2008) identificaram em pesquisa realizada em grandes municípios do Rio de Janeiro que a imensa maioria das unidades básicas funciona somente em horário comercial, o que segundo o autor pode representar uma barreira organizacional para o acesso das pessoas.

Vale ressaltar que o MS recomenda que as unidades de saúde da família criem estratégias que permitam a ampliação do horário de atendimento para facilitar e ampliar o acesso pela população, principalmente dos trabalhadores (BRASIL, 2005b). Para Pinto e Coelho (2008), as práticas em saúde devem ser pautadas segundo os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os costumes, os interesses e desejos dos usuários, bem como as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. No que diz respeito à realidade do Cabo de Santo Agostinho, faz-se preciso avaliar as necessidades da população assistida pelo serviço, de forma a garantir o acesso à rede de saúde, bem como o próprio processo de trabalho dos profissionais.

O indicador proporção das ESF efetivamente implantadas foi categorizado como alto, o que aponta para oficialização da estratégia perante os órgãos oficiais, bem como a possibilidade de aporte de recursos de outros entes.

A portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, enumera alguns passos para a implantação e credenciamento das ESF junto ao MS. Para os municípios, faz-se necessário realizar projeto de implantação, aprová-lo no CMS, encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou a sua instância regional para análise; e cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no CNES, além de alimentar os dados no sistema de informação a fim de que se comprove o início de suas atividades; para então passar a receber o aporte de recursos do governo federal (BRASIL, 2011a).

Os indicadores categorizados como médio para inserção do modelo assistencial foram: existência de ESB em relação à saúde da família e existência de NASF (cobertura em relação à ESF). A importância desses indicadores se faz pelo cumprimento de um dos eixos orientadores da ESF, a integralidade.

Em consonância com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o município estabeleceu que o NASF não se constitui porta de entrada do serviço, devendo realizar suas atividades de maneira integrada e em apoio aos profissionais da ESF, atuando, pois, como

referência para os médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade. Assim, as atribuições desses profissionais perpassam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, realizando ações coletivas na unidade de saúde, de acordo com as linhas de cuidado trabalhadas na atenção básica, tais como, saúde da mulher, criança, idoso, adulto, pessoas com deficiência, saúde mental, vigilância alimentar e nutricional e assistência farmacêutica. Ressalta-se que os profissionais do NASF do município não realizam atendimento individual.

A inclusão da saúde bucal na saúde da família se deu em virtude do programa ter se tornado a principal (em alguns casos a única) maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades de saúde bucal da população; pela possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal baseando-se na promoção, prevenção e assistência à saúde, além de provocar o rompimento com a histórica exclusão da assistência de boa parte da população brasileira a esse tipo de atenção (SOUZA; RONCALLI, 2007)

Apesar da evidente expansão da assistência em saúde bucal no Brasil, essa não acompanhou o mesmo ritmo da ESF (CARNUT; SILVA, 2012). Sampaio et al. (2012) realizaram uma análise comparativa entre as coberturas populacional por ESB e pela ESF nos municípios de Jaboatão dos Guararapes-PE, Recife-PE, Olinda-PE e Paulista-PE, no ano de 2011. No estudo, evidenciou-se uma baixa cobertura populacional por ESB de respectivamente: (30,0%); (26,3%); (25,6%) e (19,5%). No tocante a cobertura populacional por equipe de Saúde da Família os resultados também foram insatisfatórios: Recife (54,97%), Paulista (45,93%), Jaboatão dos Guararapes (40,68%) e Olinda (35,62%); mas ainda assim superiores à cobertura de saúde bucal, o que não contribui para a almejada proporção de 1:1. Tal realidade também se fez presente no município do Cabo de Santo Agostinho com 62,16% de cobertura de saúde bucal.

Ao se tratar da inserção do NASF na ESF, o MS o define como instrumento capaz de contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na atenção básica (BRASIL, 2011a). Além disso, o NASF ao trabalhar como apoiador matricial ou equipe de referência para a atenção básica pode contribuir enquanto dispositivo da gestão pública e potencializador da rede de serviços em saúde (CAMPOS, 1999; MENDES, 2011).

Sampaio et al. (2012) ao estudar o NASF enquanto dispositivo de gestão no município de Campina Grande, PB, apontou para a necessidade de se ampliar as investigações sobre suas diferentes formas de implementação, buscando identificar sua conformação dentro do modelo de atenção ao longo do território nacional, em virtude dos muitos arranjos organizacionais possíveis.

7.2 Organização da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

Os indicadores de processo da tríade de Donabedian envolvem as ações dos profissionais de saúde no sistema e contribuem para chamar a atenção sobre a necessidade de corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento (GIL, 1995). Essa dimensão da matriz de Donabedian foi classificada como incipiente em razão do acúmulo de 10 pontos obtidos mediante o desempenho dos cinco indicadores eleitos.

Os indicadores: população adscrita por ESF e existência de grupos educativos na ESF foram classificados como intermediários. Quanto ao primeiro indicador, a importância do cumprimento do parâmetro preconizado pelo MS se faz primordial para condução do processo de trabalho na ESF, uma vez que a adscrição da clientela é um dos eixos orientadores da saúde da família, além de se fazer imprescindível para o desenvolvimento dos vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Além disso, a ESF altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, necessitando de maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Assim, identifica-se que o cumprimento do recomendado em termos de cobertura populacional da ESF se justifica pelo fato de que, um número de pessoas acima do limite máximo preconizado, pode comprometer a qualidade da assistência, tendo em vista todo o elenco de ações a serem ofertadas. Disso resulta a necessidade do município redimensionar o quantitativo de pessoas por equipe, principalmente aquelas que ultrapassam o limite recomendado. Soma-se a essa questão a carência dos profissionais dentro do âmbito da saúde da família, principalmente do ACS, conforme já foi apontado pelo estudo. A insuficiência desse profissional problematiza ainda mais uma assistência efetiva às famílias cadastradas.

A PNAB destaca dentre as ações referentes ao processo de trabalho das equipes: o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença e na busca por qualidade de vida pelos usuários e a ampliação de ações que priorizem os grupos de risco. Tais atribuições corroboram para a implantação e acompanhamento dos grupos educativos no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2012a).

Ferraz e Neme (2010) consideram a importância das atividades em grupo, na medida em que essas corroboram com a ampliação da clínica, através da introdução de orientações e atividades educativas, o que favorece as discussões de promoção da saúde e a construção de

novas abordagens em relação ao cuidado. Esse entendimento suscita a necessidade do município em fomentar os grupos existentes, bem como de implantar grupos educativos de acordo com as áreas prioritárias assistidas pela atenção básica nas equipes que ainda não vivenciam essa prática.

Contudo, sabe-se que a estrutura física inadequada das unidades de saúde pode ser um fator limitante a realização de atividades em grupo. No Cabo de Santo Agostinho, o presente estudo revelou que apenas 05 unidades básicas de saúde dispunham do ambiente “sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica”, tal resultado pode contribuir para a não realização dessas atividades.

Os indicadores de organização que tratam da própria assistência prestada na atenção básica, bem como do seu seguimento na rede de saúde obtiveram classificação incipiente, sejam eles: média de consultas médicas por hab., nº de encaminhamentos ao especialista e nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica.

O indicador “média de consultas médicas por hab.” reflete a oferta de atendimento pelo médico na saúde da família. Dentre as atribuições desse profissional no âmbito da saúde da família está a realização de ações de promoção e prevenção, bem como as assistenciais, que não devem ser negligenciadas (BRASIL, 2012c).

Dessa forma, faz-se imperativo rediscutir a real oferta de atendimento médico prestada pelas equipes, uma vez que a incorporação da ESF na atenção básica no Brasil contribuiu para o aumento do acesso à saúde de grupos populacionais historicamente excluídos, sendo responsável pela expansão da rede de serviços públicos. Contudo cabe indagar até que ponto de fato houve aumento de cobertura de ações e serviços para a população (TEIXEIRA, 2004).

No Brasil, os estudos de acesso aos serviços de saúde geral têm mostrado a existência de iniquidades, apesar dos caminhos já percorridos com a consolidação do SUS. Percebe-se que mesmo em áreas oficialmente assistidas pela ESF à existência de barreiras de acesso à utilização dos serviços, bem como o questionamento sobre a efetividade da atenção ofertada (COPQUE; TRAD, 2005). Assim, resultados insatisfatórios no indicador supracitado devem favorecer a discussão sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população.

O indicador “nº de encaminhamentos ao especialista” contribuiu para a discussão da ESF dentro de uma rede de atenção, na qual se coloca como responsável por responder a maior parte dos problemas de saúde. Nessa perspectiva Starfield (2002) discorre que a atenção primária tem capacidade para responder cerca de 85% das necessidades de saúde. Desse modo, a atuação intersetorial da atenção primária ligada a uma rede de atenção à saúde

representa condição fundamental para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja, base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais (STARFIELD, 2002).

O MS estabeleceu que a USF não deve ser apenas um local de triagem e encaminhamento, mas constituir-se de profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Estabeleceu igualmente que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, sendo que, mesmo nestes casos, a atenção básica se coloca como responsável por todo o plano terapêutico, tendo a obrigação de “referenciar” o usuário quando necessário, contatando os outros pontos da rede (BRASIL, 2011).

Assim uma proporção de encaminhamentos ao especialista maior do que o admitido como ideal para uma assistência efetiva de atenção primária, conforme encontrado no município do Cabo de Santo Agostinho, aponta para a necessidade de ponderações a respeito da saúde ofertada. Nesse sentido, o MS coloca que o número elevado de encaminhamentos para especialidades pode estar ligado a condições inadequadas e baixa resolubilidade dos atendimentos (BRASIL, 2012c).

Ao se analisar o indicador “nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica” observou-se no Cabo de Santo Agostinho, um maior percentual de equipes com quantitativo de exames superior a margem admitida pela pesquisa. Santos Jr. (2006) estima que 60% dos exames solicitados aos pacientes poderiam ser dispensados sem prejuízos. Para o autor, a demanda de exames desnecessária gera maior custo financeiro ao sistema público, desconforto entre os profissionais e instabilidade emocional aos pacientes

Vale salientar que os indicadores (média de consultas médicas por hab, nº de encaminhamentos ao especialista e nº de exames de patologia clínica solicitados por consulta médica básica) aferidos por meio do SIAB apresentaram em comum o registro irregular das informações, destacando o fato de que houve equipes de saúde que não apresentaram nenhum registro durante todo o ano, além da grande disparidade entre os resultados alcançados pelas unidades. Tais resultados apontam para as fragilidades do SIAB quanto ao registro e fidedignidade das informações produzidas.

Corroborando com os achados do presente estudo, Pereira (2010) ao analisar os registros dos exames preventivos de câncer cérvico-úterino realizados pelas equipes de saúde da família do Cabo de Santo Agostinho, a partir SIA/SUS (sistema de informação ambulatorial), SIAB e SISCOLO (sistema de informação do câncer do colo do útero) constatou uma baixa proporção entre os três sistemas e uma quantidade de exames realizados

inferior ao esperado, bem como uma significativa diferença entre a quantidade de exames realizados pelas equipes.

Estudos como os de França (2001) e Rodrigues et al. (2000) discorrem que dentre as causas para a não confiabilidade das informações estão: a não utilização do sistema para o planejamento das ações, a precária informatização de grande parte dos municípios, a sobrecarga dos profissionais no preenchimento das fichas e relatórios e a dificuldade de análise em virtude do consolidado não retornar do nível central para as equipes.

Reconhece-se a importância da integração da rede de serviços na perspectiva da atenção primária, enquanto porta de entrada preferencial, e garantia de acesso aos diversos níveis de atenção. Contudo, as ações realizadas necessitam dispor de sistemas de informação que permitam o seu controle e monitoramento, e que de fato sejam utilizados como parâmetros assistenciais dos serviços prestados às populações. (GIOVANELLA et al., 2009).

7.3 Resultado da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

A classificação do município em incipiente para a dimensão de resultado deu-se em virtude do seu desempenho quanto aos 06 indicadores selecionados referentes às linhas de cuidado de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A atenção básica possui um papel fundamental na assistência aos pacientes de diabetes mellitus e da hipertensão arterial, com ações que vão desde o levantamento epidemiológico à proposição de medidas preventivas, de controle e tratamento (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). O MS recomenda que 60 a 80% dos casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial devem ser tratados na rede básica municipal, necessitando portanto de um atendimento resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2001).

Ao se avaliar o perfil epidemiológico de morbimortalidade da população do Cabo de Santo Agostinho, para o período compreendido entre 2008 e 2012, observa-se o destaque para as doenças do aparelho circulatório, sendo que nesse grupo a principal causa determinante de óbito são as doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas e o infarto agudo do miocárdio (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2012). Tal perfil corrobora para a necessidade de enfrentamento dessas doenças pela rede de atenção à saúde municipal.

O município do Cabo de Santo Agostinho apresentou desempenho insatisfatório dos indicadores de cadastramento da população portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial, o que pode comprometer a assistência prestada, na medida em que se faz

imprescindível o conhecimento real da população portadora desses agravos para a estipulação de medidas que favoreçam a detecção precoce e a melhor canalização de recursos humanos e financeiros (BRASIL, 2012c).

Contudo, aferiu-se que o desempenho do indicador para hipertensão arterial apresentou-se pior quando comparado a diabetes mellitus. Tal resultado causa preocupação, visto que as medidas de diagnóstico para hipertensão arterial são de baixo custo fácil manejo, além de serem amplamente conhecidas.

Além dos indicadores de cadastramento da população acometida por diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial, os resultados indicaram um baixo percentual de acompanhamento para pacientes diabéticos e hipertensos o que representa um alerta e acusa a necessidade da instalação de medidas para aumentar o percentual de acompanhamento e monitoramento dos pacientes destas enfermidades, evitando assim as complicações.

Ao se analisar o desempenho insatisfatório alcançado pelos indicadores: média de atendimentos por diabético, média de atendimentos por hipertensão, proporção de diabéticos acompanhados no domicílio e proporção de hipertensos acompanhados no domicílio, surgem algumas indagações. Questiona-se a respeito da real capacitação dos profissionais das equipes para alimentação adequada e oportuna do SIAB, a necessidade do controle e monitoramento desse agravos baseados em protocolos, além da premência no estabelecimento de metas de acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes mellitus por toda equipe.

Os resultados ainda apontam que a realidade municipal referente a não existência de horários alternativos ou ampliados de atendimento na ESF pode estar contribuindo para a baixa cobertura assistencial encontrada, considerando que a população economicamente ativa geralmente tem dificuldade de se ausentar do trabalho para acompanhamento de problemas de saúde.

Em relação ao registro das informações pelo SIAB pode estar ocorrendo falhas neste processo, tais como falha no preenchimento dos formulários por parte dos agentes; equívocos nos dados das unidades básicas e uma combinação das duas situações anteriores (FREITAS; PINTO, 2005; SILVA; LAPREGA, 2009).

Marcolino e Scochi (2010) realizaram pesquisa no município de Maringá, Paraná, com o objetivo investigar o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Os autores constataram a pouca utilização do sistema pelas equipes, mesmo para agravos prioritários como hipertensão e diabetes, sendo que 28% nunca utilizaram a ficha de hipertensos e mais de 30% nunca usaram a ficha de diabetes.

Moraes e Santos (2001) afirmam que a qualidade da informação é resultado de um seguimento adequado na realização das etapas, que vão desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos SIS. Sendo assim, o baixo número de diabéticos e hipertensos cadastrados nas fichas SSA2 e repassados para cadastro no SIAB, verificado no município do Cabo de Santo Agostinho, pode não estar representando o montante da população acometida por estas patologias no município, bem como o registro das atividades assistenciais realizadas.

É consenso que ambas as patologias estão relacionadas ao sedentarismo, à falta de controle na dieta, às dislipidemias, bem como às condições inadequadas de tratamento e acompanhamento das complicações advindas dessas doenças, o que torna oportuno o monitoramento pela atenção básica (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). Assim, espera-se que após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de saúde da família, ocorrendo a prestação de um atendimento diferenciado, com ações de uma equipe multiprofissional na unidade de saúde e/ou nos domicílios.

7.4 Classificação da Estratégia de Saúde da Família no Cabo de Santo Agostinho, PE

O indicador sintético ou medida-síntese utilizado nesta pesquisa teve a finalidade de buscar apreender a multidimensionalidade observada na ESF. Saltelli et al. (2004) apontam como vantagem o fato dos indicadores sintéticos poderem representar o caminho para destilar a realidade, reduzindo-a a uma forma mais manejável.

A classificação intermediária do município do Cabo de Santo Agostinho quanto ao cálculo do indicador sintético impõe a necessidade de discutir os resultados alcançados frente aos planejados. A análise reservada de cada categoria se faz necessária, uma vez que a pontuação alcançada foi limítrofe entre a categoria intermediária e insatisfatória.

A categoria de inserção do modelo assistencial foi a única que obteve classificação média. Percebeu-se como principais óbices ao desenvolvimento da estratégia no município, a carência dos profissionais, particularmente o ACS, a inadequada infraestrutura física das unidades, além da condição da maior parte das unidades de saúde ser instaladas em imóveis alugados, destacando-se a relação direta encontrada entre esses dois últimos indicadores.

A categoria de organização do modelo assistencial categorizada como incipiente demonstra a frágil relação entre a ESF e a rede de atenção à saúde municipal. No que tange ao desempenho dos indicadores, percebeu-se a fragilidade das informações aferidas por meio do SIAB.

Quanto à categorização de resultado, o incipiente desempenho dos indicadores relativos às linhas de cuidado de hipertensão arterial e diabetes mellitus, sugerem preocupações por serem essas doenças de alta prevalência e magnitude, além de apresentarem medidas de diagnóstico, controle e manejo já amplamente conhecidos. Destacou-se também na análise desses indicadores incongruências e registro irregular das informações produzidas pelo SIAB.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se propôs avaliar a Estratégia de Saúde da Família no município do Cabo de Santo Agostinho, no que concerne as dimensões de estrutura, processo e resultado. Sabe-se que a avaliação de um serviço comporta diversos tipos e níveis de análise, que podem ser utilizados de forma isolada ou concomitante, cabendo ao serviço ou ao pesquisador optar por aqueles que sejam mais adequados aos seus objetivos e viáveis em termos de execução.

Nesse âmbito, a avaliação da atenção básica não prescinde de um longo caminho de discussões e debates, sendo que dentro de todo o arcabouço teórico e prático desse modelo assistencial há muitas nuances e variáveis. Assim, essa pesquisa se dispôs a eleger alguns indicadores de saúde que pudessem contribuir para a discussão em questão.

A principal contribuição do trabalho consiste em oferecer uma caracterização da atenção básica em saúde no município, o que até então não havia sido feita, bem como em levantar algumas limitações, possibilidades e desafios para a melhoria da gestão e da organização municipal. Ademais, a metodologia escolhida pelo estudo pode ser utilizada como uma matriz de avaliação capaz de fornecer elementos que possam ser extrapolados para avaliações em outros sistemas locais de saúde.

A Atenção Básica do município segue a indução nacional de implantação de políticas como a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal, e mais recentemente os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, associado à incorporação do Programa Academia da Saúde. O Cabo de Santo Agostinho, apesar de ter incorporado alguns avanços no campo da atenção primária, convive com problemas estruturais, como a infraestrutura física das unidades de saúde, o que pode prejudicar a efetividade do trabalho, bem como a qualidade da assistência prestada pelas equipes.

A classificação da ESF do município do Cabo de Santo Agostinho como intermediária suscita questionamentos, possibilitando a identificação de debilidades quanto às categorias de inserção, organização e resultado do modelo assistencial, de forma que a continuidade da expansão da ESF no município deva se dar de maneira condicionada à correção dos problemas identificados.

Marcante também são as fragilidades encontradas quando analisada a dimensão de organização da ESF municipal. Identifica-se a necessidade de se redimensionar a estratégia enquanto modelo assistencial inserida em uma rede de atenção à saúde. Percebe-se questões pertinentes no tocante ao princípio da integralidade, visto que esse deveria se dar mediante o vínculo entre profissional e comunidade (família), bem como a garantia da referência aos

níveis de maior complexidade, na medida em que os serviços de atenção básica em saúde não têm, por si só, capacidade de responder a toda a gama de demandas e/ou necessidade de saúde da população.

A pesquisa permitiu ainda classificar a ESF do Cabo de Santo Agostinho quanto ao resultado do modelo assistencial mediante a avaliação da assistência à hipertensão arterial e diabetes mellitus enquanto condições traçadoras. Tais escolhas seguiram norteadas pela prevalência e relevância desses agravos enquanto problemas de saúde pública no Brasil, e principalmente pelo perfil epidemiológico de morbimortalidade municipal.

Contudo, a classificação incipiente constatada no estudo aponta para a necessidade de se redimensionar a assistência prestada, seja pela necessidade de um maior controle e monitoramento desse agravos baseado em protocolos, a premência no estabelecimento de metas de acompanhamento da população acometida por hipertensão e/ou diabetes mellitus por toda equipe, bem como o monitoramento das informações produzidas.

No que tange as limitações do estudo esses podem ser identificados pela possibilidade de análise de inúmeras outras linhas de cuidado inerentes ao trabalho da saúde da família, a exemplo: saúde da mulher, saúde da criança, política de assistência farmacêutica, entre outras, ou até mesmo a escolha de outros indicadores referentes às dimensões de estrutura, processo e resultado. Além disso, a própria fragilidade dos dados secundários oriundos dos sistemas de informações utilizados pelo estudo apontam tanto para as possíveis limitações das informações obtidas quanto para a necessidade de monitoramento e avaliação desses sistemas de informações.

Quanto às estratégias metodológicas, considerando as limitações de tempo, compreende-se que para uma apreensão mais aprofundada sobre o cuidado em saúde, e sobre o próprio processo de trabalho em si, seria necessária a incorporação de outras metodologias que respondessem acerca das percepções dos atores envolvidos, sejam eles, profissionais de saúde, gestores ou usuários.

Dessa forma, avaliar a ESF com maior dinamicidade de modo que se permita garantir a efetividade de suas ações no tocante à mudança do modelo assistencial, faz-se primordial. Nesse sentido, coloca-se como questão oportuna a necessidade de estabelecer uma melhor integração entre os responsáveis pela coleta, compilação, avaliação e divulgação dos dados produzidos, destacando-se aí a importância do SIAB como potencial indutor de práticas de vigilância, acompanhamento e monitoramento, além de representar uma importante ferramenta de gestão em saúde e conhecimento da realidade local.

O enfrentamento desses e outros desafios torna-se então fundamental para fortalecimento da Atenção Básica no município, que deverá ser pautado na perspectiva da estruturação de um sistema de saúde mais abrangente e resolutivo, norteado pelos princípios do SUS de universalidade e integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. A Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária: uma nova ferramenta para medir o desempenho do serviço de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1337-49, 2009.
- AGUIAR, D. S. **A “saúde da família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1994. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- AZEVEDO, A. L. M.; BARBOSA, M. G. M. M.; SANTOS, J. S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n.6, p. 93-99, 2006.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, P. D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p.88-95, 2001.
- BARBOSA, D. C. M. **Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB:** resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. 2006. Dissertação (Mestrado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1007-1028, 2009.
- BRANDÃO, A. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.1, supl.1, p.95, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus:** Hipertensão Arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 1.101 de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, 2002. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>> Acesso em: 20 jan. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3 ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 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 Pro Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.206, de 14 de setembro de 2011.** Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html>. Acesso em: 23 abr. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica,** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Brasília,DF, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES: Versão 2- Atualização.** Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde.** Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990, seção 1, p.18055-18059.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2012 a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, DF, 2012b

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A.P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, 447-50, 2009.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Saúde**. Cabo de Santo Agostinho, 2012.

CAVALCANTE, M.G.S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.6, n. 4, p. 437-445, out. dez., 2006.

CARVALHO, D. M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, n.4, 7-46, 1997.

CARNUT, L.; SILVA, J. L. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda, v.3, n.2, p. 186-196, 2012.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p. 693-705, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S., 2008. Debate sobre o artigo de Conill. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.7-27, 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.509-584, 2003.

CAMPOS, C. V. A. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração Pública)-Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, São Paulo, 2005.

- CAMPOS, A. Z. **Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, MS.** 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)-Programa de Pós graduação, Escola Nacional de Saúde Pública, Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, v. 42, n.2.p.347-68, mar./abr. 2008.
- COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.27, n.4, p.548-56, dez. 2006.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE 7., 2009. Cabo de Santo Agostinho. **Anais ...** Cabo de Santo Agostinho: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico conceitual sobre a atenção primária á saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, p.7-16, 2008.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M. **Análisis de la problemática dela integración de la APS en el contexto actual:** causasque inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Euro Social Salud, 2007.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-710, 2006.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M A. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Uma experiência de integração de médicos em uma zona rural: os desafios da implantação. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Ed. da Universidade Federal da Bahia; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 255-275.
- COSTA, J. M. B. S. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1347-1357, 2009.
- COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista Hospital das Clínicas,** Porto Alegre, v.22, n.1, p. 25-32, 2002.
- COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

COPQUE, H. L. F.; TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.4, p. 223-233, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária-Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília, DF, 2004.

CUETO, M. **The origins of primary health care and selective primary health care**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, 1978. **DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**, URSS, 1978.

DIAS, J. C. R.; CAMPOS, J. A. D. B. Diabetes Mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002 – 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 239-244, 2012.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives Pathology and laboratory medicine**, v. 114, 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. **La calidad de La atención médica: Definición y métodos de evaluación**. Cidade do México: La Prensa Médica Mexicana, 1991.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, New York, v.18, p.356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, United States, v. 83, n.4, p. 691-729, 2005.

DRUMOND, E. F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista brasileira de Estudo Populacional**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-19, jan./jun. 2009.

ESCOREL, S. et al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v.21, n.2/3, p.164-176, 2007.

ESPIRIDIANO, M. A; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1267-1276, jun. 2006.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p.43-60, 2007.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.107-118, jan./mar. 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.159-172, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p.669-681, 2006.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198

FRANÇA T. **Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório**. 2001. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepções da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, 2005.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n.3, p.317-21, 2004.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2091-2102, set, 2008.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação de implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, supl. 2, p. 240-250, 2009.

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 90-93, 2004.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.231-240, 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Divulgação Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 62-70, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIL, C. R. R. **Avaliação de projetos**: análise do Projeto UNI – Londrina – A avaliação como instrumento da ação. 1995 Dissertação (Mestrado)-Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1995.

GOMES, K. O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população rural de Airões, Município de Paula Cândido – MG (1992-2003). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1473-1482, set./out.2009.

GUEDES, A. A. B. **A Informação na Atenção Primária em Saúde como Ferramenta para o Trabalho do Enfermeiro**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p.331-336, 2004.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.809-819, 2008.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.1359-1365, 2009.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A. Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do programa de saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 481-502, 2005.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2877-2887, 2011.

IBANÊS, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2011** Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/POP2011_DOU.pdf>
Acesso em: 18 jun. 2012.

INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, DF:Ed. Ministério da Saúde, ano 4, n, 18, Set./out. 2003.

LESSA, F. J. D. **Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares na notificação do óbito, Recife – 1997**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.2095-2109, out. 2009.

LINARD, A. G. et al. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, p. 546-553, 2011.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.37-47, 2004.

MALTA, D. C.; et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.1, p.47-65, 2006.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v.2, n.1, p. 20-24, jan./mar.2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que vem ser defendidos. In: PINHEIROS, R; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS,UERJ, 2001. p.34-64.

MATTOS, R. A. A integralidade da prática (ou sobre a prática da integralidade) **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MARTELLI, P. J. L. M. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

- MARTELLI, P. J. L. et al. Perfil do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3243-3248, 2010.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista de Escola de Enfermagem**, São Paulo: USP, v.41, n.3, p.426-433, 2007.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da atenção básica e do Programa de Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.42-57, 2008.
- MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1383-1388, 2011.
- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007.
- MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã**. 2002. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: Na analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine** 2007.
- MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.21, p. 15-28, 2000.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, A. C. G. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares- SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n.2, p.67-86, 2000.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.4, supl. p.3-11, 2008.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun.2009.

MEDEIROS, et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. C. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**, Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 505-528.

MOTA, F. R. L. **Registro de informação no sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM, no estado de Alagoas**. 2009. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.1, p. 49-56, 2001.

MORAES, D. R. Revisitando as concepções de integralidade. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.9, n.1, p. 64-72, jan./jun. 2006.

NASCIMENTO, E. R. et al. Assistência pré-natal desenvolvida por serviços públicos de saúde, Salvador-Bahia. **Revista Paraninfo Digital**, 2007; 1. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n1/p115.php>>. Acesso em 13 set. 2012.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **Journal of. Management and Primary Health Care**, Recife, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011.

NETO, W. J. S.; JANNUZZI, P. M.; SILVA, P. L. N. Sistemas de Indicadores ou Indicadores Sintéticos: do que precisam os gestores de programas sociais? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16.,2008. Caxambu. **Anais...** Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2008 1 CD-ROM.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.369-389, 2008.

OLIVEIRA, Q. C. **Sistema de informação da atenção básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de Saúde da família de Cuiabá/MT**. 2010 Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Primary Health Care**. Now more than ever: The World Health Report. Geneva, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global health risks:mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva, 2009.

OKAMURA, M., SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. Avaliação da implantação do teste rápido para diagnóstico do HIV no Estado do Amazonas. **Revista Eletrônica Portas**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.41-62, jun.2008.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processo de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.2, p.265-271, 2009.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, fev. 2006.

PEDROSA, I. C. F. **A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá - MT e sua relação com as práticas do enfermeiro.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mato Grosso, 2011.

PEREIRA, B C. C. F. **Análise dos registros de exames preventivos de câncer cérvico uterino realizado pelas equipes de saúde equipes de saúde da família do Cabo de Santo Agostinho – PE.** 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)-Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 657-667, 2006.

PINTO, C. A.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e Compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2003.** Disponível em:<<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 18 maio 2012.

PUCINI, P. T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.2755-2766, dez.2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: perspectiva histórica**. 2007. Dissertação (Mestrado)-USP, São Paulo, 2007.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p.69-78, 2008.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa de saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 713-724, 2006.

RODRIGUES, R. M. et al. Sistema de Informação da Atenção Básica: uma avaliação qualitativa da base estadual do SIAB da Paraíba. **Divulgação Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.20, p. 61-6, 2000.

SAMPAIO, D. M. L. et al. Percentual de cobertura populacional das equipes de saúde bucal na região metropolitana do Recife: uma análise diagnóstica comparativo-situacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA.10., 2012, Recife. **Anais ...**Rio de Janeiro: ABRASCO; 2012 Disponível em: <<http://www.http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva/>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v.16, n.3, p.317-324, 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, 2006.

SANTOS, N. T. V. **Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e práticas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

SANTOS Jr, J. C. M. Avaliação médica: o consumo da medicina e a mercantilização da saúde. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 70-85, jan./mar. 2006.

SALTELLI, A. et. al. Composite indicators: the controversy and the way forward. Palermo: **OECD World Forum on Key Indicators**. 2004. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/40/50/33841312.doc>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. Utilização do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.1, 19-30, 2001.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. S. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4315-4326, 2011.

SERRA, C.G; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, p. 3579-3586, 2010.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.148-158, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Revista RENE**, Fortaleza, v.8, n.2, p.1-108, maio/ago. 2007.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVA, S. F. **A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco**. 2006. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

SILVEIRA, M. F. A. et al. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare**, Curitiba, v.9, n.1, p.71-78, jan./jun 2004.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SOUSA, M. F. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v.21, p.7-14, 2000.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, nov. 2007.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1325-1335, 2009.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p. 221-240.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação de serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. R. **Pesquisa qualitativa de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p.121-137.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 927-934, 2011.

THAINES, G. H. L. S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.3, p. 466 -474, jul./set. 2009.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, p 841-850, 2004.

TRAD, L. A. B., ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.1969-1980, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. D. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VIANA, A. L.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: Universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N. (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.150-167.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.711-724, 2004.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto e Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-41, jul./set. 2006.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality – the Case for Tracers. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 288, n.4, p.189-194, 1973.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Título do Projeto: “Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado”.

Pesquisador responsável: Cicera Lissandra Sá Vieira Macedo.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/07/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 19/12

Registro no CAAE: 05415112.6.0000.5190

PARECER Nº 21/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de agosto de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de agosto de 2012.

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;

Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/08/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rebelo
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



ANEXO B - Tabela 2 - Prevalências estimadas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população de 15 anos ou mais, por UF. Brasil, 2008.

UF	Hipertensão	Diabetes
Rondônia	13,7	4,0
Acre	14,9	2,9
Amazonas	13,4	3,6
Roraima	12,2	2,6
Pará	12,1	3,3
Amapá	11,7	4,0
Tocantins	14,8	3,6
Maranhão	13,1	3,3
Piauí	16,3	2,8
Ceará	15,4	3,9
Rio G. Norte	16,4	4,0
Paraíba	18,0	3,7
Pernambuco	19,7	4,5
Alagoas	16,2	4,1
Sergipe	16,7	4,4
Bahia	16,6	3,2
Minas Gerais	20,8	4,7
Espírito Santo	20,2	4,6
Rio de Janeiro	22,1	5,5
São Paulo	19,3	6,0
Paraná	18,8	5,1
Santa Catarina	18,8	4,7
Rio G. do Sul	20,0	5,0
Mato G do Sul	20,0	4,7
Mato Grosso	16,4	4,5
Goiás	17,2	4,1
Distrito Federal	15,4	4,4
Brasil	17,9	4,5

Fonte: PNAD 2008

Quadro 7- Classificação do município segundo indicadores de inserção selecionados por ESF, 2012

ESF	INDICADOR DE INSERÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL					
	Proporção das USFs em imóveis próprios	Classif.	Composição da ESF	Classif.	Horário de Funcionamento da ESF	Classif.
Bela Vista I	Alugado	Baixo	Incompleta	Baixo	08:00 as 12:00/13 as 17:00	Alto
Bela Vista II	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Charnequinha	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Torrinha	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Sao Francisco I	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Sao Francisco II	Próprio		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
São Francisco III	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Sao Francisco IV	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Malaquias	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Sapucaia	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Suape	Próprio		Completa		08:00 as 12:00/13 as 16:30	
Gaibu	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Rosário	Próprio		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Itapuama	Próprio		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 16:30	
Santa Rosa	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Pajucara	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Sacramento	Próprio		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Enseadas dos Corais	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 16:30	
Alto dos Índios	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Alto do Sol	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Maruim	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Manoel Vigia	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Cacari	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Mangueira	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Santo Estevão	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Alto da Igreja	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Alto do Pires	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Loteamento Ilha	Alugado		Incompleta		08:00 as 12:00/13 as 17:00	
Pirapama	Alugado		Completa		08:00 as 12:00/13 as 16:00	
Charneca III	Alugado	Completa	08:00 as 12:00/13 as 17:00			
Charneca II	Próprio	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 17:00			
Charneca I	Próprio	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 17:00			
Mercês	Próprio	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 16:00			
Jussaral	Próprio	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 16:00			
Arariba	Próprio	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 16:00			
Liberdade	Alugado	Incompleta	08:00 as 12:00/13 as 16:00			
Engenho Novo	Alugado	Completa	08:00 as 12:00/13 as 16:00			

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados municipais, 2012.

Quadro 8 - Classificação do município segundo indicadores de inserção selecionados por ESF, 2012

ESF	INDICADOR DE INSERÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL					
	Existência de ESB na ESF	Classif.	Existência de NASF (cobertura em relação à ESF)	Classif.	Propor. de ESF efetivamente implantadas	Classif.
Bela Vista I	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Bela Vista II	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Charnequinha	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Torrinha	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Sao Francisco I	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Sao Francisco II	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
São Francisco III	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Sao Francisco IV	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Malaquias	Sim	Médio	Sim		Efetivamente Implantada	
Sapucaia	Sim		Sim	Médio	Efetivamente Implantada	Alto
Suape	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Gaibu	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Rosário	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Itapuama	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Santa Rosa	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Pajucara	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Sacramento	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Enseadas dos Corais	Sim		Não		Cadastrada	
Alto dos Índios	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Alto do Sol	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Maruim	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Manoel Vigia	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Cacari	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Mangueira	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Santo Estevão	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Alto da Igreja	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Alto do Pires	Não		Sim		Efetivamente Implantada	
Loteamento Ilha	Sim		Sim		Efetivamente Implantada	
Pirapama	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Charneca III	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Charneca II	Não		Não		Efetivamente Implantada	
Charneca I	Não		Não		Efetivamente Implantada	
Mercês	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Jussaral	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Arariba	Sim		Não		Efetivamente Implantada	
Liberdade	Sim		Não		Cadastrada	
Engenho Novo	Sim		Não		Cadastrada	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados municipais, 2012

Quadro 9-Situação das USFs do Cabo de Santo Agostinho quanto à Infraestrutura física, 2012 (continua)

USF	Consultório Médico e de Enfermagem	Consultório Odontológico	Consultório com Sanitário	Sala Multiprofissional	Sala de Administração e Gerência	Sala de Atividades Coletivas	Área de Recepção	Sala de Procedimentos	Sala de Vacinação	Área de Dispensação e Armazenamento	Sala de Inalação Coletiva	Sala de Coleta	Sala de Curativo	Copa Cozinha	Sala de Observação	Sanitário p/ pacientes e funcionários distintos
Bela Vista I	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Bela Vista II	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
Charnequinha	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Sapucaia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Malaquias	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
São Francisco I	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
São Francisco II	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
São Francisco III	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não
São Francisco IV	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Torrinha	Não	Não	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Não	Não	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Itapuama	Sim	Sim	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Enseada dos Corais	Sim	Sim	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Gaibu	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Suape	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Rosário	Sim	Sim	Não	Não	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não
Santa Rosa	Sim	Não	Não	Não	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não
Pajuçara	Sim	Não	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Sacramento	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Alto da Igreja	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não

Quadro 9-Situação das USFs do Cabo de Santo Agostinho quanto à Infraestrutura física, 2012 (conclusão)

USF	Consultório médico e de enfermagem	Consultório Odontológico	Consultório com sanitário	Sala Multiprofissional	Sala de Administração e Gerência	Sala de Atividades Coletivas	Área de Recepção	Sala de Procedimentos	Sala de Vacina	Área de Dispensação e Armazenagem	Sala de Inalação Coletiva	Sala de Coleta	Sala de Curativo	Copa Cozinha	Sala de Observação	Sanitário p/ pacientes e funcionários distintos
Alto dos Índios	Sim	Não	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Alto dos Pires	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Alto do sol	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Caçari	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Mangueira	Sim	Sim	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Manoel Vigia	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Maruim	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Santo Estevão	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Loteamento Ilha	Sim	Sim	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Não	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Charneca I	Sim	Sim	Não	Não	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Charneca II	Sim	Sim	Não	Não	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Charneca III	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Não	Sim	Não	Sim
Arariba	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Jussaral	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Não	Não
Pirapama	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Não	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Mercês	Sim	Sim	Não	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Sim
Engenho Novo	Sim	Não	Não	Adaptado	Não	Não	Sim	Adaptado	Sim	Sim	Adaptado	Não	Sim	Sim	Adaptado	Não
Liberdade	Sim	Sim	Sim	Adaptado	Não	Adaptado	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados municipais, 2012

Nota: O termo “adaptado” se refere quando a unidade apesar de não ter o ambiente, realiza atividade em outro espaço

ESF	INDICADOR DE ORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL			
	Pop. adscrita por ESF (Nº de pessoas)	Classif.	Existência de Grupos Educativos na ESF	Classif.
Bela Vista I	2276		Sim	
Bela Vista II	4546		Sim	
Charnequinha	3729		Sim	
Torrinha	4175		Sim	
Sao Francisco I	5326		Sim	
Sao Francisco II	3140		Sim	
Sao Francisco III	3757		Sim	
Sao Francisco IV	3638		Sim	
Malaquias	3856	Intermediário	Não	Intermediário
Sapucaia	3207		Não	
Suape	4265		Sim	
Gaibu	4120		Não	
Rosario	4115		Sim	
Itapuama	1461		Sim	
Santa Rosa	2678		Sim	
Pajucara	3762		Sim	
Sacramento	3810		Sim	
Enseadas dos Corais	2657		Não	
Alto dos Índios	3491		Sim	
Alto do Sol	4128		Sim	
Maruim	4519		Sim	
Manoel Vigia	3797		Não	
Cacari	4296		Sim	
Mangueira	3702		Sim	
Santo Estevão	5868		Sim	
Alto da Igreja	4571		Sim	
Alto do Pires	3829		Sim	
Loteamento Ilha	4439		Sim	
Pirapama	5270		Não	
Charneca III	3806		Sim	
Charneca II	3496		Não	
Charneca I	4386		Não	
Mercês	3465		Sim	
Jussaral	3534		Sim	
Arariba	1728		Não	
Liberdade	503		Não	
Engenho Novo	1395		Não	

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SIAB municipal, 2012

Quadro 12-Classificação do município segundo indicadores de organização selecionados por ESF, 2012

ESF	INDICADOR DE ORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL					
	Média de cons. médicas por hab.	Classif.	Nº de encam. ao especialista	Classif.	Nº de exames de patologia clínica solicitados por cons. médica básica	Classif.
Bela Vista I	2,37		338		1103	
Bela Vista II	1,02		838		1396	
Charnequinha	0,66		400		928	
Torrinha	0,28		356		1636	
Sao Francisco I	0,15		73		387	
Sao Francisco II	1,28		268		521	
São Francisco III	0,28		201		981	
Sao Francisco IV	1,48	Incip.	461	Incip.	1559	Incip.
Malaquias	0,38		209		295	
Sapucaia	0,46		419		379	
Suape	0,54		509		1546	
Gaibu	0,23		108		450	
Rosário	0		820		0	
Itapuama	0,79		198		1027	
Santa Rosa	0,48		115		1347	
Pajucara	0,79		635		5243	
Sacramento	0,37		0		38	
Enseadas dos Corais	0,94		1109		878	
Alto dos Índios	0,08		132		3	
Alto do Sol	0,15		950		1005	
Maruim	0,66		482		2168	
Manoel Vigia	0,30		610		3642	
Cacari	0,57		257		1220	
Mangueira	0,61		410		3634	
Santo Estevão	0		560		2831	
Alto da Igreja	0,43		351		2226	
Alto do Pires	0,18		671		6263	
Loteamento Ilha	0,56		624		7474	
Pirapama	0,54		1136		1134	
Charneca III	0		0		1568	
Charneca II	0		2		0	
Charneca I	0,52		1230		0	
Mercês	1,06		441		4533	
Jussaral	0		228		858	
Arariba	1,02		537		418	
Liberdade	0		20		56	
Engenho Novo	0,84		128		795	

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SIAB municipal, 2012.

Quadro 13- Classificação do município segundo indicadores de resultado selecionados por ESF, 2012

ESF	Indicador de Resultado do Modelo Assistencial					
	Prop. de diabéticos cadastrados	Classif.	Média de atend. por diabético	Classif.	Prop. de diabéticos acomp. no domicílio	Classif.
Bela Vista I	77,97		6,14		100,00	
Bela Vista II	56,15		4,95		74,98	
Charnequinha	62,59		3,65		74,41	
Torrinha	46,35		4,39		100,00	
Sao Francisco I	73,63		1,74		87,92	
Sao Francisco II	90,27		17,07		86,62	
São Francisco III	53,71		1,88		100,00	
Sao Francisco IV	64,31		5,20		90,78	
Malaquias	93,46	Intermediário	1,04	Incipiente	90,17	Intermediário
Sapucaia	69,52		1,40		99,70	
Suape	72,93		3,34		100,00	
Gaibu	54,03		1,68		79,90	
Rosário	59,86		0,88		92,63	
Itapuama	53,58		7,57		63,95	
Santa Rosa	85,88		1,84		95,80	
Pajucara	125,64		2,88		66,01	
Sacramento	77,34		0,85		67,33	
Enseadas dos Corais	59,50		6,29		35,59	
Alto dos Índios	66,17		2,34		77,53	
Alto do Sol	70,32		2,78		83,93	
Maruim	88,68		8,61		87,92	
Manoel Vigia	51,95		5,48		81,56	
Cacari	73,76		2,14		81,19	
Mangueira	81,08		2,74		91,73	
Santo Estevão	63,01		1,68		76,84	
Alto da Igreja	80,31		2,15		79,78	
Alto do Pires	69,08		2,71		91,93	
Loteamento Ilha	64,66		5,29		95,21	
Pirapama	103,73		1,65		90,00	
Charneca III	69,27		3,48		100,00	
Charneca II	39,88		0,02		95,02	
Charneca I	42,61		0,00		100,00	
Mercês	66,24		3,26		93,89	
Jussaral	22,95		3,77		100,00	
Arariba	23,22		8,84		92,81	
Liberdade	24,59		3,06		100,00	
Engenho Novo	59,39		5,64		74,77	

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SIAB municipal, 2012

ESF	INDICADOR DE RESULTADO DO MODELO ASSISTENCIAL					
	Prop de hipertensos cadastrados	Classif.	Média de atend. por hipertensos	Classif.	Prop. de hipertensos acomp. no domicílio	Classif.
Bela Vista I	46,40		6,85		100,00	
Bela Vista II	40,73		3,19		71,10	
Charnequinha	48,18		2,33		72,28	
Torrinha	38,49		3,49		98,45	
Sao Francisco I	59,62		1,45		86,50	
Sao Francisco II	71,14		7,15		92,09	
São Francisco III	58,09		0,88		100,00	
Sao Francisco IV	54,93		4,67		90,35	
Malaquias	64,81		0,79		89,03	
Sapucaia	60,22	Incipiente	0,78	Incipiente	91,40	Incipiente
Suape	62,10		2,35		100,00	
Gaibu	45,78		0,81		76,77	
Rosário	56,04		0,98		91,55	
Itapuama	41,23		6,51		67,73	
Santa Rosa	70,28		1,87		83,19	
Pajucara	73,90		2,04		59,98	
Sacramento	56,32		0,39		70,70	
Enseadas dos Corais	51,23		4,44		31,42	
Alto dos Índios	55,87		1,42		70,38	
Alto do Sol	73,96		1,56		66,79	
Maruim	55,08		4,67		84,96	
Manoel Vigia	57,07		3,03		62,25	
Cacari	60,20		1,71		82,02	
Mangueira	91,13		2,36		74,77	
Santo Estevão	42,50		1,54		63,10	
Alto da Igreja	62,48		1,06		72,88	
Alto do Pires	74,96		3,04		78,03	
Loteamento Ilha	66,36		1,08		83,91	
Pirapama	59,31		2,64		85,99	
Charneca III	65,22		0,00		100,00	
Charneca II	35,06		0,00		91,41	
Charneca I	31,47		1,67		100,00	
Mercês	70,07		1,80		90,97	
Jussaral	39,98		3,60		95,55	
Arariba	36,65		3,05		85,01	
Liberdade	30,29		4,27		93,45	
Engenho Novo	62,88				66,06	

Fonte: Elaborado pela autora a partir do SIAB municipal, 2012