

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL E SUA EVOLUÇÃO
ENTRE OS ANOS DE 1999 E 2009**

Recife
2015

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL E SUA
EVOLUÇÃO ENTRE OS ANOS DE 1999 E 2009**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P644a Pimentel, Fernando Castim.

A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: organização das equipes por porte populacional e sua evolução entre os anos de 1999 e 2009 / Fernando Castim Pimentel. - Recife: [s.n.], 2015.

158 p.: il. tab.

Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Wayner Vieira de Souza; coorientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Atenção primária à saúde. 2. Programa saúde da família. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Estrutura dos serviços. 5. Avaliação de processos (cuidados de saúde). I. Souza, Wayner Vieira de. II. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. III. Título.

FERNANDO CASTIM PIMENTEL

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO:
ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL E SUA EVOLUÇÃO
ENTRE OS ANOS DE 1999 E 2009

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em 14/04/2015

BANCA EXAMINADORA

Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Dra. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr. Wayner Vieira de Souza
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, pela presença constante em minha vida e sei que ainda olha por mim, a toda hora, em todos os momentos.

Ao meu pai, pelos ensinamentos, pela atenção e por estar sempre presente na minha vida.

A minha esposa Raquel, pelo amor, companheirismo e incentivo constante, não somente ao longo deste doutorado, mas no nosso dia a dia.

Ao professor Wayner Souza, pela orientação segura e tranquila ao transmitir seus conhecimentos e apoio na realização deste trabalho.

À professora Paulette Cavalcanti, pela sua orientação, pela amizade e por colaborar, mais uma vez, com a minha formação.

Aos meus colegas de doutorado, pela oportunidade de compartilhar novas experiências ao longo desses quatro anos.

Aos integrantes do grupo de pesquisa “Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco”, (Pacheco, Ana Melo, Raquel, Jarbas, Luciana, Simone, dentre outros) pela dedicação com que realizaram as etapas de construção e coleta dos dados deste trabalho.

Aos amigos da SES-PE, em especial a Juliana Pontes, pelo apoio e pela compreensão nos momentos difíceis; a Ricardo Ernestino pela amizade e pelas oportunidades; Jerônimo, Cláudia Assis, Alessandra, Luciana e a todos que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco, pela valiosa colaboração nesta pesquisa.

Aos funcionários do CPqAM, em especial à equipe da biblioteca, Márcia, Adagilson e Mégine.

Aos membros da banca examinadora, pela atenção concedida a este trabalho e pelas valiosas contribuições.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção deste trabalho: muito obrigado.

“Nã há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”.

Paulo Freire

PIMENTEL, F. C. **A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco**: organização das equipes por porte populacional e sua evolução entre os anos de 1999 e 2009. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2015.

RESUMO

Este trabalho, composto por três artigos, aborda a temática da Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco, em que foi realizada uma avaliação da estrutura e do processo de trabalho das equipes por porte populacional no ano de 2009, além de uma avaliação comparativa da estratégia nos anos de 1999 e 2009. O **primeiro artigo** avaliou a estrutura das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional, no ano de 2009, abordando aspectos como a disponibilidade de instrumentos, materiais educativos, espaço físico, medicamentos, vacinas, além do vínculo e qualificação recursos humanos. Os resultados mostraram que os espaços físicos das equipes foram mais bem avaliados nos municípios de pequeno porte e o componente recursos humanos apontou a precariedade do vínculo dos profissionais, principalmente nos municípios de médio porte do estado. O dado que mais chamou atenção foi que apenas 5,6% das equipes cumpriram todos os requisitos avaliados na estrutura. No **segundo artigo**, o qual objetivou avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional, no ano de 2009, foram avaliados itens referentes à organização da equipe, articulação com a comunidade e a programas específicos. Observou-se que as equipes dos municípios de maior porte se destacaram dos demais quanto à existência de pelo menos 1 grupo temático e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher. Entretanto, de uma forma geral, as equipes apresentaram dificuldades para realizar várias ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica. Já o **terceiro artigo** avaliou a Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009, quanto à estrutura e ao processo de trabalho, a fim de identificar avanços e dificuldades no modo de atenção à saúde da população. Constatou-se o baixo cumprimento de várias ações relacionadas à estratégia, principalmente, quanto à participação social e ao planejamento e avaliação das ações. Entretanto, observou-se uma evolução significativa na estrutura das equipes, com destaque para os materiais/equipamentos, vacinas e medicamentos essenciais. Por fim, a análise dos modos de atenção à população demonstrou que houve uma melhora significativa das ações preventivas, principalmente nas equipes com desempenhos mais elevados e intermediários (clusters 1 e 2, respectivamente).

Palavras-chave: atenção primária à saúde; programa saúde da família; avaliação de serviços de saúde; estrutura dos serviços; avaliação de processos (cuidados de saúde).

PIMENTEL, F. C. **The Family Health Strategy in the state of Pernambuco: organization of teams for population size and its evolution between 1999 and 2009.** 2015. Thesis (Doctoral in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2015.

ABSTRACT

This work, composed of three articles, addresses the theme of the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, where a review of the structure and work process of the teams population size in 2009 was performed, and a comparison of the in 1999 and 2009. The first strategy has evaluated the structure of the family health teams in the state of Pernambuco population size, in 2009, addressing issues such as the availability of tools, educational materials, physical space, drugs, vaccines in addition to the status and qualification human resources. The results showed that the physical spaces of the teams were better evaluated in small municipalities and component human resources aimed at precarity of professionals, mainly in the municipalities of medium-sized state. The figure that stood out most was that only 5.6% of the teams have met all requirements evaluated in the structure. In the second article, which aimed to evaluate the work process of health teams of the family of Pernambuco state population size in the year 2009 were evaluated items related to the organization of the team, interaction with the community and the specific programs. It was observed that the teams of the larger municipalities stood out from the others as the existence of at least one thematic group and filling of tuberculosis and leprosy record books. As for the smaller municipalities showed better results in the actions of commitment, active search of adolescent risk and in all health activities of women. However, in general, teams had difficulties to perform various actions preconizas by Primary Care National Policy. The third study assessed the Health Strategy Pernambuco State Family in 1999 and 2009, as the structure and the work process in order to identify progress and difficulties in attention so people's health. Low compliance was found in several actions related to strategy, especially as social participation and planning and evaluation of actions. However, there were significant changes in the structure of teams, especially the materials / equipment, vaccines and essential drugs. Finally, the analysis of population to the attention of ways demonstrated that there was a significant improvement of preventive actions, especially in teams with higher performance and intermediaries (clusters 1 and 2, respectively).

Keywords: primary health care; family health program; evaluation of health services; structure of services; process assessment (health care).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| BIRD | Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CPqAM | Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PITS | Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2 INTRODUÇÃO | 13 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 3.1 A Organização da Estratégia Saúde da Família no Brasil | 16 |
| 3.2 A Estratégia Saúde da Família nos municípios de pequeno, médio e grande porte | 27 |
| 3.2.1 Diferenças quanto ao financiamento | 27 |
| 3.2.2 Dificuldades dos municípios na implantação da ESF | 30 |
| 3.2.3 A experiência dos municípios na execução da ESF | 32 |
| 3.3 Avaliação em Saúde com foco na ESF | 35 |
| 4 JUSTIFICATIVA | 39 |
| 5 PERGUNTA CONDUTORA | 40 |
| 6 OBJETIVOS | 41 |
| 6.1 Objetivo Geral | 41 |
| 6.2 Objetivos Específicos | 41 |
| 7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 42 |
| 7.1 Desenho do estudo | 42 |
| 7.2 Local do estudo | 42 |
| 7.3 Amostragem, coleta e análise dos dados (artigos 1 e 2) | 43 |
| 7.4 Amostragem, coleta e análise dos dados (artigo 3) | 46 |
| 8 ARTIGO 1 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL | 52 |
| 9 ARTIGO 2 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL | 73 |
| 10 ARTIGO 3 - A EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: COMPARATIVO ENTRE OS ANOS DE 1999 E 2009 | 92 |
| 11 DISCUSSÃO | 114 |
| 11.1 O desafio da consolidação de processos de trabalho próprios da ESF | 114 |

| | |
|---|-----|
| 11.2 A influência do porte populacional no desenvolvimento da ESF | 117 |
| 11.3 Características de mudança do modelo de atenção à saúde | 119 |
| 12 CONCLUSÕES | 122 |
| REFERÊNCIAS | 124 |
| ANEXO A – Questionário | 133 |
| ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM | 154 |
| ANEXO C – Aprovação do artigo 1 na Revista Saúde em Debate | 155 |
| ANEXO D – Submissão do artigo 2 à Revista baiana de Saúde Pública | 156 |
| ANEXO E – Submissão do artigo 3 à Revista Ciência & Saúde Coletiva | 157 |

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado originou-se da pesquisa intitulada: “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, desenvolvida pelo laboratório de Recursos Humanos em Saúde – CPqAM/FIOCRUZ.

A decisão de pesquisar sobre o tema proposto fundamenta-se na metodologia e nos resultados encontrados na dissertação de mestrado intitulada “*Atenção à Saúde Bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais*”, os quais demonstraram os avanços e as dificuldades das equipes de saúde bucal nos municípios de diferentes portes populacionais do estado.

Apesar da proximidade com a área de saúde bucal, foi no doutorado que resolvi ampliar o conhecimento sobre a Atenção Primária à Saúde e avaliar a Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco com foco na estrutura e processo de trabalho das equipes nos municípios de pequeno, médio e grande porte, trazendo, assim, subsídios que possam contribuir para o aprimoramento da organização deste nível de atenção.

Além disso, com a oportunidade de trabalhar o banco de dados da pesquisa “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família”, realizada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1999, momento da implantação de muitas equipes em nível nacional, sendo utilizadas as informações das equipes de saúde da família existentes no estado de Pernambuco, surgiu o interesse em verificar a evolução da estratégia nos anos de 1999 e 2009, identificando mudanças nos modos de atenção à saúde da população ao longo desse período.

Esta tese de doutorado é apresentada no formato de três artigos:

O ARTIGO 1 avalia a estrutura das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional no ano de 2009, considerando aspectos como ambiente físico, equipamentos, materiais, insumos e recursos humanos.

O ARTIGO 2 avalia o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco por porte populacional, voltando-se para questões como a organização das ações internas, preconizadas pelo Ministério da Saúde, como diagnóstico situacional, planejamento, organização e avaliação das ações. Além disso, o artigo aborda sobre a articulação das equipes com a comunidade e o desenvolvimento de ações específicas dos programas de governo, dentre eles saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, controle e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis - DST, controle da tuberculose,

eliminação da hanseníase, saúde da pessoa com deficiência, saúde do idoso e assistência ao paciente hipertenso e diabético.

Por fim, o ARTIGO 3 compara a Estratégia Saúde da Família nos anos de 1999 e 2009, quanto à estrutura e ao processo de trabalho, identificando os modos de atenção à saúde da população desenvolvidos pelas equipes.

2 INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990 praticamente todos os países da América Latina e do Caribe passaram por reformas no setor saúde. A principal motivação dessas reformas foram as crises que incidiram sobre os sistemas de saúde, evidenciadas pelo acesso restrito da população a serviços fragmentados, de qualidade precária e de custos elevados (GÓMEZ-CAMELO, 2000).

No Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória e ausência de integralidade das ações foram alguns dos problemas discutidos (PAIM, 2003). A partir de então, diversas iniciativas foram empreendidas, a fim de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira.

Após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) constatou-se um aumento no acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumento da conscientização da população sobre o direito à saúde vinculada à cidadania; e investimento na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país (PAIM et al., 2011).

Com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, implantou-se uma nova forma de reorientar o modelo vigente (centrado na doença e na assistência médica), reorganizando a prática assistencial em novas bases (OLIVEIRA; SALIBA, 2005) e consolidando-a nos pequenos e médios municípios e ampliando-a nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2006a).

Esse novo olhar para a saúde prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, a identificação dos problemas e situações de risco existentes na comunidade, prestação de assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, a abordagem multiprofissional, o planejamento, a avaliação das ações, adscrição da população e a integração com outros níveis de atenção, constituindo, assim, práticas norteadoras para a abordagem das equipes de saúde da família (BRASIL, 2006b; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a; ESCOREL et al., 2007; GOMES; PINHEIRO, 2005; ROUQUAYROL, 2013).

Ao longo dos anos, a Estratégia Saúde da Família vem-se consolidando em todo o território nacional. Acredita-se que, atualmente, muito se avançou no cuidado à saúde da população. Progressos significativos na integralidade das ações desenvolvidas, na

universalidade do acesso, na resolutividade dos serviços, imprimiram uma nova visão no Sistema Público de Saúde. Entretanto, não se podem destacar apenas os aspectos positivos dessa estratégia, pois muitas equipes ainda apresentam dificuldades para exercê-la de forma adequada, por razões que envolvem não somente a qualificação de recursos humanos, mas também o investimento nos serviços de saúde, garantindo uma estrutura mínima para o seu funcionamento.

Vale ressaltar que o processo de implantação da estratégia não ocorreu da mesma forma nos pequenos, médios e grandes municípios brasileiros. Alguns autores destacam as dificuldades dos grandes municípios em implantar eficazmente a ESF em seu território (CAMPOS et al., 2002; HENRIQUE; CALVO, 2009; SOUSA; HAMANN, 2009). Em poucos municípios com sistemas de saúde complexos, a ESF foi introduzida como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente, pois, na grande maioria das cidades de médio e grande porte, persistem as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias (BRASIL, 2002).

Alguns autores como Matumoto et al. (2005) acreditam que as estruturas da ESF continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico, pois, segundo Trindade (2013), em muitos municípios, a busca por assistência à saúde ainda é incompatível com o número de profissionais, estrutura, equipamentos e recursos disponíveis nos serviços, o que dificulta a reorientação do modelo médico-assistencial privatista em uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005).

Dessa forma, muito se questiona a respeito do adequado desenvolvimento das ações de saúde pelas equipes de saúde da família: houve melhorias na estrutura disponível nas unidades e no desenvolvimento das práticas voltadas à comunidade ao longo dos anos? Há diferenças na estrutura disponível e no processo de trabalho das equipes de acordo com o porte populacional dos municípios? Tais práticas estão de acordo com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica?

Para tentar responder a esses questionamentos, há uma variedade de metodologias que podem ser utilizadas. Entretanto, atualmente, quando se fala em avaliação da Atenção Primária à Saúde, seja na tomada de decisão ou em pesquisa científica, uma metodologia bastante e, talvez, a mais utilizada na área da saúde, é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1988), cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado. Em que pese suas limitações, ele é um referencial teórico muito utilizado para

avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, em virtude de sua utilidade e simplicidade. Ademais, qualquer teoria apresenta limitações não conseguindo apreender toda a complexidade dos aspectos relacionados com as ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real (FRIAS et al., 2010).

Assim, a avaliação em saúde destaca-se como uma importante ferramenta utilizada nos estudos que envolvem a Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Organização da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Até meados da década de oitenta, as políticas de saúde no Brasil foram marcadas pela centralização do poder na esfera federal, através de estabelecimentos próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e contratação de serviços privados, responsáveis pelas ações de assistência médica de base hospitalar. A expansão desse tipo de assistência consolidou um padrão de atenção à saúde essencialmente hospitalar e curativo, baseado na demanda espontânea, configurando-se como um modelo desumano tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento entre os profissionais e os usuários do sistema (MATTOS, 2004; RIZZOTTO, 2009).

O modelo médico-assistencial privatista, por ser predominantemente curativo, reforçava a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentissem doentes, tendendo, assim, a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade. “Esse modelo apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações” (PAIM, 2001).

Enquanto isso, a sociedade organizada, profissionais de saúde, professores universitários, alunos, sanitaristas, dentre outros atores, pensavam alternativas de melhorar o sistema vigente, que garantisse o direito à saúde a toda a população, ampliasse o conceito de saúde e pudesse contar com a participação social. No contexto de redemocratização do país, a reforma sanitária foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social contra as precárias condições de saúde da população, o descaso acumulado no período da ditadura militar, a mercantilização do setor saúde, ao mesmo tempo em que representou uma viabilidade técnica e política para o enfrentamento dos problemas (AROUCA, 1988). Esse fato deu origem ao movimento da reforma sanitária, o qual teve seus princípios lançados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e destacavam o direito universal à saúde, acesso igualitário, integralidade das ações e ampla participação da sociedade.

Durante essa conferência, diversos problemas no âmbito da organização da atenção foram levantados, dentre eles a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória e ausência de integralidade das ações (PAIM, 2003). A partir de então, diversas iniciativas têm sido empreendidas em universidades

e algumas instituições de saúde no sentido de superar tais problemas e construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira.

As propostas da Reforma Sanitária, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram definidas na Constituição da República, em 1988, criando, assim, o Sistema Único de Saúde - SUS. Nela ficou estabelecido que a saúde é um direito universal, passando a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, onde antes era apenas dever da União e relativo ao trabalhador segurado (BRASIL, 1988).

A ampliação do conceito de saúde, definido na Constituição e entendido como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 2001a), também gerou mudanças no gerenciamento do processo saúde-doença e a criação de Políticas Públicas de Saúde visando não somente a recuperação de agravos, mas também a Promoção da Saúde (MONTENEGRO et al., 2010).

O artigo 198 da Constituição também cita que o SUS é organizado segundo princípios e diretrizes, com destaque para a prevenção, englobando que, prestar um atendimento integral aos cidadãos significa realizar ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, com o objetivo de tentar resolver a dicotomia existente na época entre as ações assistenciais, a cargo do Ministério da Previdência Social, e as ações preventivas e de promoção, a cargo do Ministério da Saúde, oferecendo uma atenção integral à saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

Assim, com a criação do Sistema Único de Saúde, o modelo biomédico, presente em muitos serviços, foi sendo impactado, à medida que crescia um modelo de assistência à saúde no qual o indivíduo era entendido como sujeito, inserido em diferentes contextos e fortemente influenciado por determinantes sociais, ou seja, em sua integralidade (MONTENEGRO et al., 2010).

Um importante passo foi dado em direção a um sistema de saúde mais justo para a população. Entretanto, era preciso definir as atribuições e competências de cada esfera de governo, além da operacionalização dessa nova forma de atuar na saúde. Para isso, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, as quais dispõem sobre as condições de atenção à saúde, organização, financiamento e funcionamento dos serviços correspondentes e a participação popular (BRASIL, 2001b, 2001c).

Com elas vieram os princípios do SUS como a universalidade do acesso, a equidade na oferta de ações e serviços, entendida como um fundamento da justiça, em que a cada um seja ofertado segundo sua necessidade, e a integralidade, considerando o indivíduo como um

todo e garantindo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Do ponto de vista organizativo, a concepção do SUS preconiza uma rede de serviços definidos em níveis de complexidade tecnológica crescente (hierarquizada) distribuídos numa área geográfica e atendendo a uma população definida (regionalizada) e onde o poder decisório está descentralizado ou distribuído entre as esferas de governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2001a; 2001b; 2001c).

Também foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 1991, 1993, 1996) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) como instrumentos para impulsionar a descentralização do SUS, buscando a sua definição estrutural e organizacional e o direcionamento do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 2001d, 2001e).

Com a normatização do SUS, principalmente a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96), iniciou-se o processo de municipalização do sistema. A partir daí as ações de saúde, principalmente as ações básicas, passariam a ser geridas e executadas pela esfera municipal, com as esferas estadual e federal normatizando e coordenando o processo de municipalização (BRASIL, 2001d).

Segundo Teixeira et al. (1998), transformar o modelo de atenção à saúde no nível municipal implica, em primeiro lugar, avançar no processo de municipalização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos municípios. Em segundo lugar, implica investir na articulação intersetorial, na reorganização da atenção primária e no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

Apesar das propostas desenvolvidas, não se conseguiu o impacto desejado na saúde da população para que se pudesse falar em um “novo modelo”. No âmbito da organização da atenção primária, várias experiências foram feitas, tais como: oferta organizada, ações programáticas de saúde, assistência médica articulada aos programas, no sentido de atender aos princípios da integralidade das ações, da equidade, do impacto nas condições de saúde da população e da redução da chamada “demanda reprimida” (PAIM, 1995; SCHRAIBER, 1990, 1996).

Uma das estratégias criadas para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde foi o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse programa propõe-se ser um aprimoramento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991. Originou-se em 1994, quando foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, que propunha a reversão do modelo assistencial vigente, marcado pelos serviços hospitalares baseados em ações curativas (RONCALLI, 2003). Pretendia-se, assim, que a

implantação dessa nova forma de atuar pudesse reorientar o modelo hegemônico, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

As bases dessa estratégia destacam que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2006b). Além disso, buscava-se a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (OLIVEIRA; SALIBA, 2005). Para Andrade et al. (2013), a construção da ESF foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde. Nessa perspectiva exploratória de busca de modelos assistenciais que superassem a incapacidade do modelo hegemônico tecnicista e hospitalocêntrico de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas.

Nesse contexto, a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Apesar de ter surgido como um Programa do Ministério da Saúde, o PSF afirma fugir à concepção usual de “programa”, caracterizado por sua estrutura vertical e paralela às atividades dos serviços, propondo atuar com base em princípios como o da territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e priorização de grupos populacionais de maior risco de adoecer e morrer. Assim, essa portaria muda a nomenclatura da Saúde da Família de ‘programa’ para ‘estratégia’, conforme consta no documento: “Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (BRASIL, 2006b).

Segundo a PNAB, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os

sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além disso, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

Com isso, essa política estabelece como fundamentos da Atenção Básica (BRASIL, 2006b):

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a 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 interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Para Campos (2003), o modelo de organização da APS nos moldes do PSF apresenta, em tese, melhores condições para a efetivação dos princípios da integralidade, uma vez que baseia as ações em um território estruturado, permitindo um planejamento das ações a partir das condições de vida e saúde da população adscrita, e não a partir da demanda por assistência. Entretanto, essa demanda por assistência ainda é a realidade de muitas equipes e a integralidade pode ser atingida quando uma equipe articula suas práticas e consegue escutar e atender às necessidades de saúde trazidas pela população individual e coletivamente (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Segundo Franco e Magalhães Junior (2003) e Merhy et al. (2007), a integralidade das ações se dá através da articulação entre os diversos níveis assistenciais, partindo da rede básica que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário com as tecnologias e serviços necessários, sendo a contrarreferência, elemento fundamental para a equipe da USF,

que responde pelo cuidado e acompanhamento contínuo do usuário. Além dessa, Mattos e Pinheiro (2004) citam que a integralidade pode ser incorporada no sistema de saúde brasileiro, não só através das práticas dos profissionais de saúde, na busca de escapar do reducionismo e enxergar o paciente como um todo, mas também incorporando as ações de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção; seja municipal, estadual ou federal.

Outro fator fundamental para o desenvolvimento da estratégia é o cuidado em ouvir as inquietações desse usuário de modo acolhedor, que, nesse momento, já começa a firmar o vínculo com a equipe (PIRES et al., 2010). Essas práticas são um desafio para alguns profissionais da saúde que se fundamentam ainda na lógica da doença, fazendo prevalecer a quantidade de patologias que o indivíduo apresenta, em detrimento ao atendimento integral e humanizado (MONTENEGRO et al., 2010). Assim, muitos pacientes ainda se encontram reféns de profissionais que somente formulam prescrições, procedimentos e exames.

Estudo realizado por Pires et al. (2010), com trabalhadores das equipes de saúde da família e usuários do município de Jequié (BA), demonstrou essa fragilidade na relação profissional-paciente, através de um cuidado inadequado às necessidades dos usuários, caracterizado pelo mecanicismo, sem dar tempo para eles expressarem seus anseios, voltado para a medicalização. Quanto às queixas, quase nunca eram registradas por escrito, embora, na hora do atendimento, o usuário tenha expressado suas necessidades em busca de respostas.

Segundo Merhy (1998), o modelo assistencial de novo tipo deve estar centrado no usuário, produzindo uma relação de confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário, em busca de uma maior resolutividade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer e garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema. Dessa forma, o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios (MERHY, 2007):

- I. atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar resposta capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- II. reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- III. qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se através de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

No campo das ações de promoção e prevenção, algumas experiências foram constatadas. Trabalhos, como o de Kantorski et al. (2009), realizado em uma unidade de saúde da família (USF), localizada na região urbana de um município de médio porte no extremo sul do Rio Grande do Sul, com o objetivo de identificar, no cotidiano das práticas da ESF, as potencialidades e limites para viabilizar a integralidade. Observou-se que a metodologia de trabalho adotada se opõe à lógica das práticas tradicionais, não se limitando apenas a ações assistenciais, mas sim valorizando atividades preventivas como a educação em saúde. Fracolli et al. (2011) observaram que a concepção e as práticas de enfermeiras de três municípios de São Paulo estão diretamente relacionadas às ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Essa lógica de trabalho foge ao modelo tradicional curativista, permitindo olhar as pessoas a partir de uma concepção ampliada de saúde, por meio da articulação de ações preventivas e assistenciais, com o intuito de intervir de maneira mais efetiva no processo saúde-doença.

Merhy (1998) reforça que somente serão evidenciadas mudanças significativas quando houver o comprometimento dos profissionais com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar.

Em 21 de outubro de 2011, a Portaria nº 2.488 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerando como itens necessários à Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011c):

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

A nova PNAB reafirma que o processo de trabalho das equipes de saúde da família não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo de atenção voltado para as condições agudas), tampouco somente em programas de saúde (BRASIL, 2011c). Dessa forma, estabelece algumas das características do processo de trabalho na Atenção Básica e na ESF, comuns a todos os membros da equipe:

- I. definição do território de atuação das equipes de SF e das unidades básicas de saúde, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos;
- II. assistência básica integral e contínua à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- III. garantia da integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- IV. realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- V. responsabilidade pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VI. realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VII. programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- VIII. prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- IX. valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- X. desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- XI. desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- XII. realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- XIII. promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

XIV. promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

XV. garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Primária;

XVI. participação nas atividades de educação permanente;

XVII. implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

XVIII. participação das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, do acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho e ao fortalecimento da gestão local (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

Além das referidas práticas de saúde comuns a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, essa portaria reforça as práticas específicas de cada membro da equipe, sejam eles médicos, enfermeiros, auxiliares/ técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar/ técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, não cabendo detalhá-las na presente revisão, mas considerando-as essenciais para o correto funcionamento da ESF.

Para a organização do processo de trabalho das equipes, há diversas ferramentas com o objetivo de otimizar a efetividade do cuidado. A sua utilização depende fundamentalmente das necessidades em saúde da população e da qualificação da equipe de saúde. Algumas delas serão comentadas a seguir.

Um instrumento imprescindível para o trabalho das equipes de saúde da família é o prontuário familiar. Nesse prontuário, são registradas informações sobre a composição familiar e as características principais de cada família, além de conter as informações individuais de todos os membros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

Já a análise da situação de saúde do território, segundo Andrade et al. (2013), possibilita a identificação de risco e de grupos prioritários, porque viabiliza a programação de atividades e a organização do atendimento, bem como a realização de atividades de promoção da saúde, compatíveis com a realidade epidemiológica e social do bairro/comunidade. Na definição do território, é importante levar em consideração tanto aspectos geográficos que limitem ou facilitem o acesso à unidade de saúde (presença de morros, rios), como também aspectos sociodemográficos (tamanho da população, perfil socioeconômico), de transporte da população (ruas, estradas, linhas de ônibus) e epidemiológicos (áreas de maior ou menor risco sanitário) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a). O cuidado

com a saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território é definido por Campos (2010) como corresponsabilidade sanitária.

Outro instrumento fundamental para o trabalho da equipe é o mapa da área de abrangência, o qual deve conter os limites e acidentes geográficos principais, além dos recursos sociais disponíveis, como escolas, igrejas, centros comunitários, entre outros, e a definição das microáreas tanto de maior como de menor risco. Uma visão mais completa do território possibilita a identificação de áreas de menor risco, o que auxilia a definir como investir os recursos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

A adscrição de clientela é um processo concomitante e interdependente à definição do território, operacionalizando-se com o cadastro das famílias nele residentes, realizado pelos agentes comunitários de saúde. Para o processo de cadastramento, utiliza-se uma ficha de cadastramento familiar (existe uma padronização pelo MS – ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) (ANDRADE et al., 2013). O cadastramento da população residente no território é necessário, pois a equipe de saúde da família é responsável por ações de vigilância em saúde, que vão além da utilização da UBS. Além disso, a produção de informações sobre a saúde da população exige o conhecimento do total de moradores da área de adscrição (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

No processo de organização do acolhimento, a equipe precisa definir o modo como os diferentes profissionais participarão, quem vai receber o usuário que procura a unidade, como avaliar o risco e a vulnerabilidade das pessoas que buscam o atendimento, quais procedimentos devem ser executados de imediato, quando necessário, em que situação providenciar o atendimento médico de urgência para o paciente, quando agendar uma consulta médica não urgente, como organizar a agenda dos profissionais e que outros tipos de cuidado podem ser ofertados, além da consulta médica. Fica claro que a equipe precisa ser capaz de reconhecer riscos e vulnerabilidades e efetuar a escuta qualificada para acolhimento e outras ações previstas na atenção primária para realizar o acolhimento (BRASIL, 2001c).

Como ferramenta de fortalecimento da participação popular, a ESF exerce o papel fundamental de estimular a criação ou fortalecimento dos conselhos locais e distritais de saúde, assegurando, assim, o princípio constitucional da participação popular (BRASIL, 2001c). Além disso, é de responsabilidade das equipes de saúde da família articular suas ações com a comunidade, conforme descreve a Portaria 2.488/11:

- I. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

- II. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- III. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2011c).

Assim, a abordagem multiprofissional, o uso da epidemiologia, o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento, a avaliação das ações, a adscrição da população, o acolhimento e a participação comunitária são algumas das questões apresentadas como norteadoras para a instalação de equipes nos diversos municípios do país.

Apesar das alternativas propostas para enfrentar a dicotomia dos modelos assistenciais, acredita-se que o modelo médico assistencial curativista ainda permanece enraizado hoje nos serviços de saúde, até mesmo nas equipes de saúde da família (MERHY, 1998). Essas práticas são um desafio para alguns profissionais da saúde que se fundamentam ainda na lógica da doença, em detrimento ao atendimento integral e humanizado, pouco contribui para a transformação da realidade sanitária de uma população (MONTENEGRO et al., 2010; BONFADA et al., 2012).

Nos últimos 20 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema. Neste trabalho, mostramos como o SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania; e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país (PAIM et al., 2011).

Entretanto, as mudanças esperadas com a implantação da Estratégia Saúde da Família, como eixo norteador da Atenção Primária à Saúde no Brasil estão na dependência de processos políticos, institucionais, técnicos e organizativos, próprios de cada município, gerando grandes diversidades no seu funcionamento, na concepção efetivamente praticada e no impacto na saúde da população. Dessa forma, será descrito a seguir como municípios, de diferentes portes populacionais e com realidades tão distintas, exercem suas práticas de saúde apoiadas nos fundamentos da ESF.

3.2 A Estratégia Saúde da Família nos municípios de pequeno, médio e grande porte

Segundo Denis e Champagne (1997), em situações complexas, a operacionalização de um Programa nem sempre consegue espelhar os objetivos traçados. São muitos os fatores intervenientes e as variáveis não controladas no processo de implantação. Nos diversos municípios brasileiros, a ESF apresentou particularidades e singularidades inerentes aos distintos cenários locais de produção de saúde, dadas as potencialidades e fragilidades específicas de cada um. A variedade de experiências é fruto, em parte, do compromisso dos gestores, dos recursos e financiamentos direcionados, dos profissionais envolvidos, bem como da própria participação popular nas ações em saúde (SILVA et al., 2008).

3.2.1 Diferenças quanto ao financiamento

A Estratégia Saúde da Família apresenta incentivos financeiros, tanto para o custeio das equipes, quanto para a sua implantação. Para implantação das equipes de Saúde da Família, os municípios e recebem recursos específicos para estruturação das unidades básica de saúde de cada equipe de Saúde da Família, visando à melhoria da infraestrutura física, equipamentos e para a realização do Curso Introdutório Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que o financiamento é composto de forma tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, devendo ser utilizado para financiamento das ações mínimas, descritas no escopo da Atenção Básica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a):

- I. consultas médicas em especialidades básicas;
- II. atendimento odontológico básico;
- III. atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- IV. visita e atendimento ambulatorial e domiciliar da estratégia Saúde da Família (SF);
- V. vacinação;
- VI. atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII. assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- VIII. atividades de planejamento familiar;
- IX. pequenas cirurgias;
- X. atividades dos agentes comunitários de saúde;
- XI. pronto atendimento em unidade básica de saúde.

O Piso da Atenção Básica (PAB) é composto de uma parte fixa, o PAB Fixo, destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral, estabelecido por um valor *per capita* /ano, e uma parte variável, o PAB Variável, relativo aos incentivos para o desenvolvimento de ações específicas na Atenção Primária à Saúde, dentre elas o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais foram criados com o objetivo de acelerar a implantação desses dois programas que, estrategicamente, deveriam contribuir para a mudança do modelo assistencial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b).

Para Portela e Ribeiro (2011), esse incentivo foi determinante para o crescimento do número de equipes de Saúde da Família e evidenciou a institucionalização da ESF como parte fundamental do fortalecimento da Atenção Básica. Entretanto, Marques e Mendes (2002) ressaltam que, embora os municípios contem com recursos federais, o financiamento essencial da ESF ocorre por meio de recursos próprios, que, diante da modesta receita de muitos deles, associado às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal, enfrentam dificuldades de sustentar tais atividades. Segundo eles, tal condicionante favoreceria a capacidade de indução dos incentivos federais à política de saúde, uma vez que acabam por se traduzir na única forma dos municípios de viabilizarem novas receitas.

No período de 1999 a 2005, as transferências do PAB Fixo, que correspondiam a cerca de 68% do total transferido para atenção básica tiveram sua participação reduzida para 35% do total da atenção básica, evidenciando, nesse período, uma mudança de prioridade, de modo a favorecer formas de transferências que vinculam os recursos às ações reconhecidas como prioritárias pelo órgão repassador (BARROS, 2002). Segundo Marques e Mendes (2002), isso impede que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais. Bueno e Merhy (1997) já afirmavam desde então que a NOB 96 iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente. E qual o reflexo disso nos municípios de diferentes portes populacionais?

A expansão da ESF no Brasil iniciou-se com os municípios de pequeno e médio portes, principalmente pelo modelo de incentivo financeiro, que não exigiam condições de infraestrutura amplas, nem altos custos para implantação (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008). Paralelamente, a adesão das grandes cidades brasileiras à ESF, no que diz respeito à cobertura, ocorreu de maneira lenta, pois a sua implantação exige a ampliação dos incentivos financeiros, melhorias nas redes de infraestrutura, insumos tecnológicos e a contratação de um número considerável de recursos humanos capacitados (CONILL, 2008).

Machado et al. (2004) observaram que a participação dos recursos de adesão ao PSF nos valores do PAB é maior, em termos médios, nos municípios de pequeno porte e no grupo caracterizado por baixa capacidade fiscal, baixo nível econômico e média produção de serviços. Nos dois últimos casos, os resultados refletem os mecanismos de financiamento desse programa que contempla, com maiores acréscimos sobre o PAB, os municípios com maior percentual de cobertura da população, favorecendo, dessa forma, os de pequeno porte.

Vale ressaltar que, nas grandes cidades, onde se faz necessário implantar maior número de equipes, os incentivos financeiros do SUS são insuficientes para financiar a demanda secundária de serviços de saúde de média e alta complexidade, derivados da canalização da demanda propiciada pela ESF, e também dos requisitos de investimento associados à capacitação e gestão de sistemas mais complexos (CAETANO; DAIN, 2002). Segundo Marcelino (2010), diante dos pequenos valores repassados para ESF, os municípios têm destinado recursos próprios adicionais, criando barreiras ao gasto com saúde, de uma forma geral, e à atenção básica, da ESF, em particular. Dessa forma, o modo atual de financiamento das atividades de atenção básica e o modelo de incentivo financeiro caracteriza-se como uma das dificuldades de expansão da ESF para os grandes municípios.

A realidade das grandes cidades gerou uma especial preocupação porque a ESF é considerada o modelo escolhido para prover atenção primária, entretanto, no início da implantação, os municípios brasileiros de grande porte ainda registravam uma baixa aderência à ESF. As grandes cidades tornaram-se, nesse sentido, alvo de uma política específica de incentivo pelo Ministério da Saúde, incluindo a celebração com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) de acordo de empréstimo que deu origem ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (MATTOS, 2002).

Esse projeto visa a contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família por meio da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a). A fim de fortalecer a estratégia nos municípios de grande porte, o componente 1 do Proesf destinou-se àqueles com mais de 100 mil habitantes e visava a estimular a estruturação da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, para qualificá-la como porta de entrada do sistema de saúde, com vistas a assegurar assistência integral aos usuários. Os demais componentes (2 e 3) destinavam-se a todos os municípios brasileiros, buscando-se desenvolver a política de recursos humanos, além das ações de monitoramento e avaliação, respectivamente.

Diante disso, os municípios de grande porte adquiriram condições de implantar as equipes de forma mais adequada, tendo em vista que os recursos eram destinados à estruturação e à qualificação das equipes de saúde da família.

3.2.2 Dificuldades dos municípios na implantação da ESF

No início da ESF, constatou-se que a implantação da mesma ocorreu de forma mais acelerada em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, e mais lenta em grandes centros urbanos (PORTELA; RIBEIRO, 2011). Enquanto nos municípios menores a estratégia teve um efeito organizativo e estruturante diante dos vazios assistenciais dos territórios, nos municípios com mais de 100 mil habitantes a implantação priorizou as áreas periféricas e zonas rurais (BODSTEIN, 2009).

Marcelino (2010) explica que, em áreas menos assistidas, o incentivo financeiro ao PSF tinha grande poder de indução da política de saúde. Isso gerou uma rápida ampliação da cobertura do programa nos pequenos municípios, inclusive porque uma ou duas equipes oferecem altas taxas de cobertura em municípios com até 10 mil habitantes.

De início, foram observados resultados positivos, principalmente em cidades de pequeno porte e em áreas de baixa densidade populacional, com escassez de serviços e profissionais de saúde, sobretudo com relação à melhoria dos principais indicadores de saúde, como a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal. Porém, nas cidades com mais de 100 mil habitantes, vivenciam-se dificuldades de consolidação dessa Estratégia, onde a proposta de trabalho ainda dá lugar ao pronto atendimento ou a práticas ambulatoriais fragmentadas, podendo tal fato estar relacionado ao não seguimento de normas, recomendações e protocolos que deveriam organizar as ações propostas (ARRUDA-BARBOSA et al., 2011; AZEVEDO, 2007; VIANA et al., 2008).

Segundo Maciel Filho (2007), a ESF é uma estratégia bem estruturada e bem aceita tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde e pelos gestores. No entanto, há inúmeros municípios que não conseguem oferecer as condições mínimas para o bom funcionamento da estratégia. Além disso, o autor destaca que a alta concentração de médicos nos centros urbanos e sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais (MACIEL FILHO, 2007).

Medeiros (2011) constatou a precarização dos vínculos de trabalho como problema da atenção básica, o que dificulta a fixação de profissionais em regiões mais longínquas. A compreensão de que a flexibilização do vínculo de trabalho é bem mais ampla e envolve

outras categorias de profissões e ocupações do setor saúde, além dos demais níveis de atenção do sistema, foi também identificada em estudo de Roza e Rodrigues (2003).

Contudo, costuma-se pensar que as grandes cidades, por possuírem melhor infraestrutura e melhor distribuição da riqueza, deveriam apresentar maior número de possibilidades para a consolidação da ESF, porém a desigualdade e a impossibilidade de acesso de muitos usuários prejudicam a qualidade, o que faz emergir a necessidade da comunhão entre decisões técnicas e políticas (VIANA et al., 2008). Segundo Dain, Favoreto e Santos (2001 apud CAETANO; DAIN, 2002), as grandes cidades brasileiras apresentam dificuldades específicas para a transformação do modelo assistencial dos sistemas de saúde locais, que decorrem, principalmente, dos seguintes fatos:

- I. transformações demográficas e epidemiológicas que afetaram, particularmente, os centros urbanos, associadas à acelerada migração para as cidades; envelhecimento da população; mudanças do perfil de morbimortalidade decorrente da transição epidemiológica; maior incidência de agravos oriundos dos altos níveis de violência urbana;
- II. desigualdades socioeconômicas entre as várias áreas da cidade, que se refletem na distribuição da rede de serviços, no perfil da demanda e em dificuldades diferenciais de acesso;
- III. distribuição desproporcional dos serviços de saúde em relação à velocidade de crescimento urbano e dificuldades de acesso em várias comunidades, associadas à presença do crime organizado;
- IV. existência prévia de uma grande e complexa rede de serviços tradicionais de saúde, responsável por resistências às propostas de mudanças culturais e organizacionais, por parte das instituições do setor;
- V. inadaptação da grande maioria dos serviços de saúde que compõe esses sistemas às transformações ocorridas na demanda nas últimas décadas;
- VI. deterioração do prestígio político e social e sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços;
- VII. modelo de prestação de serviços de saúde hegemônico fundamentado na produção e no financiamento por procedimentos médicos realizados, que tem contribuído para acentuar o processo de medicalização das ações de saúde;
- VIII. ineficiência dos serviços e unidades, particularmente daqueles anteriormente geridos pelos níveis federal e estadual, em relação ao sistema de saúde como um todo;
- IX. maior resistência corporativa a mudanças nos processos de trabalho na área de saúde, mais intenso em regiões onde o maior nível de organização das entidades profissionais pode acirrar disputas internas e externas às categorias profissionais da área da saúde;
- X. dificuldades de financiamento associado à introdução do PSF, devido à impossibilidade dos gestores municipais para alocarem recursos suficientes à cobertura populacional indicada para o programa, em função da lógica de incentivo hoje vigente, que, além de inadequada e insuficiente para municípios de maior porte, tende a agravar a duplicidade de gastos entre a nova rede e os serviços tradicionais; e
- XI. dificuldade de estabelecer mecanismos mais efetivos de gestão, regulação, avaliação e negociação com os prestadores privados conveniados ao SUS.

Outros autores também observaram que, nos municípios de grande porte que implantaram a ESF, predominava a focalização nos grupos populacionais vulneráveis e com maior risco social (MARQUES; MENDES, 2002; PEREIRA et al., 2006). Assim, os grandes municípios, com baixa proporção de pobres, teriam menor interesse em ampliar a cobertura. Além disso, Mattos (2002) constatou que os incentivos federais eram insuficientes e a alta contrapartida financeira municipal necessária para o custeio da ESF representaria um fator de inibição da sua expansão nos grandes municípios. Com isso, as cidades que possuíam alta despesa com saúde tenderiam a limitar os gastos com a expansão da ESF pelas implicações sobre as despesas gerais do governo municipal. Além disso, grandes centros urbanos atraem populações de cidades próximas para a atenção de média e alta complexidade, o que constitui um fluxo de pacientes que, por vezes não é acompanhado por repasses financeiros adequados pactuados regionalmente (SILVA, 2012).

Como visto anteriormente, essas dificuldades enfrentadas pelos municípios de grande porte se refletem na baixa cobertura da ESF. Isso pode ser constatado através do estudo de Silva (2012) que, objetivando descrever e analisar o efeito das variáveis proporção de pobreza, capacidade fiscal, proporção do gasto em saúde sobre a escala de expansão e provisão da atenção primária pela ESF nas grandes cidades brasileiras, evidenciaram municípios com mais de 500 mil habitantes apresentando menor predisposição à universalização da ESF, limitando a cobertura em torno de 0,30 da população, em comparação aos municípios entre 100 e 500 mil habitantes que apresentaram cobertura média ligeiramente superior de 0,40 (SILVA, 2012).

3.2.3 A experiência dos municípios na execução da ESF

Diante de tantos obstáculos à consolidação da ESF, torna-se fundamental conhecer, através de outros trabalhos científicos, como os municípios de pequeno, médio e grande porte vêm efetivando a estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde. Contudo, poucos foram os estudos que comparavam os municípios por porte populacional.

Nunes et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de comparar o desempenho autoavaliado entre equipes de saúde da família em dois municípios, de pequeno e grande porte, do interior do estado de São Paulo. Dentre os resultados encontrados, evidenciaram que as USF pesquisadas no município de Ribeirão Preto (grande porte) não estão privilegiadas em qualidade, por estarem ligadas a atividades de ensino de nível superior, quando comparadas às USF de São José do Rio Pardo (pequeno porte), as quais não mantêm atividades de ensino. Na

subdimensão ‘Participação Comunitária’ e ‘Controle Social’, foi encontrado o pior desempenho do estudo, com ambos os municípios estando na classificação crítica. Por fim, pode-se observar que os resultados encontrados não apresentaram diferenças relevantes entre ambos, cuja qualidade autoavaliada pelas equipes ainda encontra-se em patamar não ideal, sugerindo que a ESF tem muito a caminhar para que atinja sua consolidação como forma prioritária de se fazer APS no Brasil (NUNES et al., 2014).

Alves et al. (2014), com o objetivo de analisar os fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil, tendo por categoria central o acesso potencial e as dimensões acolhimento e disponibilidade, contidas no Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), observaram que a localização na região Sudeste, em capitais e municípios de maior porte e com maior número de equipes por unidade foram fatores favoráveis ao acesso potencial às equipes. Encontraram, ainda, que menos da metade das equipes entrevistadas referiram ter condições consideradas adequadas para realizar o ‘acolhimento’, tais como: disponibilidade de sala específica (36,6%), existência de protocolos para acolhimento (38%) e capacitação dos profissionais para essa atividade (46,3%) (ALVES et al, 2014).

Pimentel et al. (2012) analisaram o processo de trabalho das equipes de saúde bucal no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional, enfocando a articulação junto à comunidade e a organização do atendimento clínico. Constataram-se algumas diferenças quanto ao porte populacional dos municípios: a integração com instituições comunitárias como igrejas e creches esteve associada às equipes dos municípios de grande porte, além do atendimento clínico por risco social e pela programação. A marcação por microárea, por intermédio dos ACS, assim como a agenda aberta e a demanda espontânea, mostraram ser mais frequentes nos municípios de médio e pequeno porte. Em outro trabalho, Pimentel et al. (2014) mostraram a relação dos indicadores de saúde bucal com o porte populacional dos municípios. Observou-se que os indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica programática, cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada e média de procedimentos básicos individuais apresentaram o valores muito próximos entre os municípios de grande, médio e pequeno portes, não evidenciando assim uma diferença estatisticamente significativa entre eles. Entretanto, o indicador de proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais mostrou que os municípios de pequeno porte realizam aproximadamente 2,6 vezes mais exodontias quando comparados aos municípios de grande porte.

Sarti et al. (2012), em estudo realizado em 46 municípios do Espírito Santo para avaliar as ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família, observou pouca influência do porte populacional dos municípios nos padrões de qualidade do AMQ-ESF. Não foi possível dizer se os aparatos institucionais de apoio às equipes – como educação permanente e gestão do trabalho, incluindo aí vínculos empregatícios – e a infraestrutura das unidades de saúde se diferenciam entre os municípios, o que poderia explicar possíveis diferenças entre o nível de implementação dos processos de trabalho das equipes de saúde. Contudo, parece haver relação, mesmo que mínima, entre processos de monitoramento e avaliação em favor de pequenos municípios, possivelmente explicados em decorrência da menor sobrecarga do sistema municipal com referências a outros níveis de atenção e com solicitações de exames propedêuticos (SARTI et al., 2012).

O trabalho de Pessoa Júnior et al. (2011), apesar de não compararem a ESF em municípios de diferentes portes, analisando a implantação e ampliação da estratégia em um município de pequeno porte (Caraúbas/RN), encontraram resultados interessantes que podem retratar a realidade de muitos outros municípios brasileiros. Nesse município, a ESF foi implantada no momento de extinção do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS, em 2003, por ser uma exigência do Ministério da Saúde. Esse programa objetivou fortalecer a atenção básica nos locais onde não conseguiram implantar a ESF e incentivar a interiorização de profissionais de saúde, com vistas à obtenção de resultados concretos a curto e médio prazo (BRASIL, 2001f). Entre as facilidades encontradas nesse percurso, enfatiza-se o papel da população no que se refere à receptividade e à boa aceitação do programa. Outro fator que contribuiu para a implantação da ESF foram os profissionais naturais do próprio município que passaram a atuar no PITS, onde o conhecimento sobre a realidade social e o vínculo afetivo já existente com a população, no geral, acabou sendo um indicador e um facilitador no processo de implantação e ampliação da ESF (PESSOA JÚNIOR et al., 2011).

Entretanto, a percepção dos gestores se apresentava distorcida da proposta, o que acabou dificultando a sua instalação no município. Outra dificuldade diz respeito à escassez do profissional médico na constituição das equipes (PESSOA JÚNIOR et al., 2011).

Com isso, a consolidação da ESF enfrenta obstáculos referentes à disponibilidade, à fixação e à qualidade dos trabalhadores de saúde. Segundo Andrade et al. (2013), alguns elementos contribuem para este quadro, como: o desacordo entre a formação e as competências necessárias ao trabalho na ESF; a dificuldade de provimento e fixação dos profissionais, principalmente em cidades de pequeno porte e áreas rurais, o que está relacionado com a infraestrutura deficitária para o trabalho, mas também com o perfil dos

profissionais formados; a capacitação dos profissionais de saúde e trabalhadores das equipes de saúde da família; e o alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada.

Para Takeda (2004), uma forma de enfrentar os problemas vivenciados pelas equipes seria instituir a prática de avaliação dos serviços de saúde, a fim de aperfeiçoar as atividades, motivar a equipe, aferir o nível de satisfação da população e analisar a competência e o compromisso dos executores da ação, além de medir a capacidade do serviço de comportar atividades de ensino. Para o autor, avaliação e qualidade são campos estreitamente relacionados, entendendo-se que para conhecer a qualidade ou para melhorá-la é necessário avaliá-la.

Em seguida, serão descritos os conceitos e a importância da avaliação em saúde, além de identificar as iniciativas, por parte da gestão, de instituir as práticas de avaliação no cotidiano dos serviços de saúde.

3.3 Avaliação em Saúde com foco na ESF

A temática da avaliação vem ganhando cada vez mais relevância no cenário da saúde, pois é utilizada para ajudar na elaboração de uma intervenção, para o seu aperfeiçoamento contínuo ou para auxiliar a tomada de decisão, passando assim a fazer parte do planejamento das ações programáticas e dos serviços (CHAMPAGNE et al., 2011; FIGUEIRÓ et al., 2004). Apesar da avaliação dos cuidados de saúde não ser considerada uma atividade simples, segundo Lorenzo-Cáceres et al. (2007) é uma tarefa desafiadora, mesmo para países mais desenvolvidos.

Há uma grande diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes (SILVA; FORMIGLI, 1994). Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – avaliação em saúde –, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Um dos conceitos mais utilizados, devido ao seu caráter simples e abrangente, refere-se à avaliação da seguinte forma: “A avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Ao avaliar, identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e

utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo (TANAKA, 2004).

A temática da avaliação ganha cada vez mais relevância no cenário da saúde, pela identificação de necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por verificar as dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 1994). Além disso, a avaliação permite a verificação da execução e a qualidade das ações desenvolvidas. Assim, essa área passa também a fazer parte do planejamento das ações programáticas e dos serviços, permitindo dessa forma, a reorientação dos seus planos de ação (FIGUEIRÓ et al., 2004).

Atualmente, quando se fala em avaliação da Atenção Primária à Saúde, seja para tomada de decisão ou para pesquisa científica, uma metodologia bastante utilizada na área da saúde é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian (1988), cujos componentes básicos são: estrutura, processo e resultado.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas e os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população. No entanto, o seu referencial teórico também tem sido usado por outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas (NOVAES, 2000). Quando o julgamento de valor sobre uma intervenção consiste em comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas, tem-se uma avaliação normativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Esse enfoque tem se apresentado muito útil na aquisição de dados sobre a presença ou ausência de atributos que constituem ou definem a qualidade (FRIAS et al., 2010), facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação (SAMICO et al., 2010), permite uma classificação preliminar dos indicadores frente às características dos serviços com as quais está relacionado (TANAKA, 2004), além de apresentar uma boa compatibilidade com os programas e serviços de saúde que são organizados na lógica dos recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Entretanto, quando se trata da Estratégia Saúde da Família, devem ser considerados os diversos aspectos que envolvem os seus princípios e a sua organização: possibilitar o acesso universal a serviços de saúde, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação pela atenção

às suas necessidades; ter território adstrito permitindo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação; coordenar a integralidade na articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde e tratamento; além do estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia. Partindo dessa concepção, alguns autores já propõem avaliações onde são levados em conta os atributos da Atenção Primária.

Champagne et al. (2009) consideram três dimensões para avaliar a qualidade do processo em avaliações normativas: técnica (especialização dos profissionais e sua precisão na execução das atividades); interpessoal (respeito às pessoas, a cortesia, o apoio e a comunicação); e organizacional (acessibilidade, cobertura e coordenação/continuidade dos cuidados).

Starfield (2002), baseada nas ideias de Donabedian, propôs um modelo para avaliar os serviços de atenção primária à saúde a partir de uma perspectiva clínica centrada nos profissionais como a qualificação, a estrutura disponível, o primeiro contato, integralidade, além de uma perspectiva populacional, com maior atenção a aspectos como coordenação do cuidado, atenção à família e à comunidade, entre outros.

As inovações propostas pelos novos modelos de avaliação incorporam novas perspectivas de atenção, baseadas em princípios como acolhimento, cuidado e humanização e que coloca o usuário, a família e a comunidade como o centro de sua atuação (COSTA et al., 2008). A existência desses princípios e o monitoramento de seu cumprimento permitiram estabelecer as bases e critérios a serem eleitos para a definição de padrões de qualidade que pudessem ser aplicados nos processos de avaliação da Atenção Primária em Saúde (CAMPOS, 2005).

Partindo-se, então, da necessidade de avaliar a qualidade da assistência à saúde no âmbito da APS, o Ministério da Saúde iniciou novos projetos estratégicos a partir da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação, a fim de fortalecer o papel da gestão estadual no Sistema Único de Saúde. Apresentou, em julho de 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), como concepção de um processo crítico-reflexivo permanente, desenvolvido em corresponsabilidade pelos sujeitos da ação, como forma de subsidiar a tomada de decisão, oferecendo aos gestores municipais ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da ESF (CAMPOS, 2007), e, para as equipes da APS, uma forma de autoavaliação. No entanto, adotando concepção e lógicas distintas do AMQ, ao se ancorar em estímulos financeiros, atrelados ao cumprimento de metas predefinidas, em 2011, foi proposto e implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

(PMAQ-AB), que é apresentado como forma de ampliação do acesso e de melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade que seja comparável em todo território brasileiro (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011a; PINTO et al., 2012).

A partir daí, vários municípios aderiram às práticas de monitoramento e avaliação, que, muitas vezes, estavam condicionadas ao repasse de recursos financeiros. Começaram, então, a surgir estudos utilizando os referidos instrumentos. Entretanto, no tocante às fragilidades dos processos e práticas de monitoramento e avaliação (M&A) da gestão do SUS, Carvalho et al. (2011) destacam as seguintes aspectos:

- I. Fragmentação da informação;
- II. pouco conhecimento dos gestores em relação a alguns instrumentos de gestão;
- III. falta de consolidação da política de recursos humanos;
- IV. pouca articulação entre as áreas técnicas das três instâncias de gestão;
- V. alocação de recursos financeiros não realizada de forma equânime;
- VI. insuficiência de técnicos qualificados para desempenho das atividades de M&A;
- VII. relatórios de gestão que não avaliam os planos de saúde;
- VIII. pouco conhecimento sobre a construção de indicadores de saúde;
- IX. pouco alinhamento conceitual com relação ao M&A (o que é? como fazer?);
- X. monitoramento e avaliação centrado apenas nos resultados (pouco M&A de estrutura e processo).

4 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância da Estratégia Saúde da Família em promover melhores condições de saúde às coletividades, ampliar o acesso aos serviços de saúde, prevenir as doenças mais prevalentes, dentre outros avanços, pode-se dizer que as ações realizadas pelas equipes representam uma grande mudança nos padrões de saúde/doença da população.

Para uma adequada atenção à saúde da população, é necessário que as equipes tenham os recursos (equipamentos, materiais, insumos) mínimos essenciais e desenvolvam suas ações de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A constatação do cumprimento (ou não) dessas práticas constitui uma relevante contribuição à Atenção Básica dos municípios do estado de Pernambuco, identificando os avanços e desafios, para que outras políticas possam intervir no seu desenvolvimento.

Considerando ainda que a implantação da ESF ocorreu de forma diversificada em municípios de pequeno, médio e grande porte populacional, seja pelos recursos financeiros ou pelas características próprias de cada região, esperava-se que 15 anos depois da sua criação, a ESF apresentasse uma melhor organização do que aquela observada nos artigos. Assim, este estudo visa a contribuir também para identificar as distorções na execução da ESF nos municípios do estado de Pernambuco, de acordo com o seu porte populacional.

Além disso, acredita-se que, atualmente, o modelo biomédico continua exercendo grande influência nas práticas da ESF. A avaliação do(s) modelo(s) existente(s) no estado de Pernambuco representa a possibilidade entender como os municípios vêm desenvolvendo suas práticas entre os anos de 1999 e 2009, tendo em vista a carência de estudos que comparem a evolução da estratégia em períodos distintos.

5 PERGUNTA CONDUTORA

Com base no que foi exposto, levantaram-se os seguintes questionamentos:

- a) A estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco apresentam diferenças entre os municípios de pequeno, médio e grande porte?
- b) Que aspectos podem ser evidenciados no modelo de atenção praticado no estado de Pernambuco entre os anos de 1999 e 2009?

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Avaliar a organização e o funcionamento da atenção primária à saúde no estado de Pernambuco em 2009, no que concerne à estrutura e ao processo de trabalho, comparando com os dados disponíveis para o ano de 1999.

6.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a estrutura das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional no ano de 2009.
- b) Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional no ano de 2009.
- c) Avaliar comparativamente a Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009, quanto à sua estrutura e processo de trabalho, identificando os modos de atenção à saúde da população, desenvolvidos pelas equipes.

7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

7.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, originada da pesquisa intitulada ‘Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios’, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz (n.º 129/2008) e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Edital MCT/CNPq Universal n.º. 15/2007, faixa B).

Essa pesquisa, realizada no ano de 2009, originou os artigos 1 e 2 da presente tese, os quais avaliam a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional.

Já o artigo 3, que objetivou avaliar comparativamente a Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco, nos anos de 1999 e 2009, quanto à estrutura e ao processo de trabalho, além de utilizar os dados da pesquisa realizada em 2009. Também utilizou o banco da pesquisa ‘Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família’, realizada pelo Ministério da Saúde no início de 1999, através da Coordenação da Atenção Básica (COAB/SAS/MS), a todas as equipes de saúde da família do Brasil implantadas até dezembro de 1998 (BRASIL, 1999). A coordenadora deste Projeto também participou como membro da coordenação nacional da pesquisa citada, estando o banco de dados do estado de Pernambuco disponibilizado para comparação com os dados coletados dez anos depois (1999 x 2009).

7.2 Local do estudo

O estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios. Segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2009 (ano de realização das entrevistas) Pernambuco tinha uma população de 8.810.318 habitantes, sendo que 89,2% eram cobertos pela Atenção Primária à Saúde, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem população cadastrada e acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a elas vinculados.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (Datasus), o estado contava com 1.848 Equipes de Saúde da Família, à época da realização da pesquisa.

Dos 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e têm tido acesso a recursos próprios na estruturação da ESF, através do Proesf, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para equipes de saúde da família, ACS ou equipes de saúde bucal.

7.3 Amostragem, coleta e análise dos dados (artigos 1 e 2)

A fim de avaliar a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado de Pernambuco por porte populacional, no ano de 2009, foi calculada uma amostra de equipes de saúde da família, a fim de estimar uma proporção de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as equipes foram sorteadas aleatoriamente e distribuídas, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários, em 24 municípios do estado. Assim, deveriam ser aplicados 55 questionários nos municípios de grande porte, 69 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte.

Nesta etapa, foi utilizada uma adaptação do questionário da pesquisa “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família”, realizada em 1999.

Foi selecionado um informante-chave de cada equipe para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios, como ser integrante da equipe há, pelo menos, um ano e conhecer as atividades desenvolvidas, garantindo, assim, uma maior qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente, em uma equipe selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lo. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta (questionário). A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos

à estrutura oferecida às equipes favoreceram uma avaliação mais fidedigna do modelo de atenção desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

7.3.1 Variáveis (artigo 1)

Para efeitos deste trabalho, as variáveis foram divididas em dois componentes: estrutura e recursos humanos. O componente 'estrutura' é composto pelos eixos: a) instrumentos e equipamentos; b) materiais educativos; c) condições dos espaços físicos das unidades; d) vacinas; e) medicamentos essenciais. O componente 'recursos humanos' subdivide-se em: a) composição da equipe; b) capacitação/educação em saúde; c) vínculo dos profissionais.

No eixo referente aos instrumentos e equipamentos, verificou-se a presença dos seguintes itens: estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, oftalmoscópio, termômetro, lanterna clínica, foco, aparelho aerossol/nebulizador, balança adulto, balança infantil, material para pequenas cirurgias, material para retirar pontos, glicosímetro, estetoscópio de *pinard*, sonar *doppler*, geladeira para vacina, régua antropométrica, caixa térmica ou isopor, mesa ginecológica e outras. No eixo dos materiais educativos, verificou-se a disponibilidade de cartazes e folhetos, álbum seriado, lápis pilot, pincéis, tintas, tv, dvd, vídeos e outros. Nos espaços da unidade, foram observadas a existência e as condições da sala de procedimentos básicos, sala de curativo exclusiva, sala de vacina exclusiva, sala para guarda e dispensação de medicamento, consultório para assistência clínica, consultório equipado para exame Papanicolau, banheiro para usuário, banheiro para funcionário, local para reunião e copa. Com relação às vacinas, observou-se a presença de BCG, antipólio, tríplice/DTP, tríplice viral/MMR, toxoide tetânico, tetravalente (DTP+Hib), anti-hepatite B, DT Adulto, rotavirus e outras. Por fim, sobre os medicamentos essenciais, analisou-se a disponibilidade de antibióticos, antianêmicos, contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A, antitérmicos, analgésicos, anti-inflamatórios, broncodilatadores, antiparasitários, antieméticos, hipoglicemiantes orais, antimicóticos, soro reidratante e insulina.

O eixo relativo aos recursos humanos abordou a composição da equipe mínima completa, a capacitação e a educação em saúde, como treinamento introdutório ao Saúde da Família, curso de aperfeiçoamento, especialização, residência, mestrado ou doutorado em saúde pública, treinamento nas áreas AIDPI, diabetes, hipertensão, DST/Aids, hanseníase, tuberculose, saúde do trabalhador e saúde da mulher. Também foi abordada a forma de vínculo dos profissionais das equipes.

7.3.2 Variáveis (artigo 2)

Para efeitos deste trabalho, as variáveis foram divididas em três componentes: organização das ações internas, articulação com a comunidade e programas específicos.

O componente *organização das ações internas* é composto pelas variáveis: a) utilizou o mapa para demarcar áreas de risco ou organizar o atendimento; b) organização do prontuário através do envelope familiar; c) realizou diagnóstico de área com identificação de grupos de risco; d) a unidade possui sala de situação atualizada mensalmente; e) a equipe analisou os dados do SIAB e realizou alguma ação em função dessa análise; f) a equipe se reúne mensalmente para consolidação dos dados do SIAB; g) a organização do atendimento clínico considera os pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico; h) realiza acolhimento com garantia de atendimento imediato ou escuta com encaminhamento; i) realiza atendimento de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina.

O componente *articulação com a comunidade* é composto pelas variáveis: a) a ESF possui profissional membro do CMS ou participa de reuniões regularmente; b) há grupo gestor na unidade com participação da comunidade; c) a unidade faz uso de terapias complementares como plantas medicinais, massagem, homeopatia acupuntura, outros; d) há ações sistemáticas de educação em saúde em creches/escolas; e) há ações sistemáticas de promoção à saúde associações de bairro, abrigos, orfanatos; f) há parcerias da USF com organizações civis como sindicatos, organizações religiosas, ONG ou movimentos sociais; g) a ESF participa de outras práticas com a comunidade como: artesanato, caminhada, dança, festas, campanhas educativas, atividades recreativas, estimula ações de empregabilidade, outros; h) grupos programáticos existentes na unidade.

Por fim, o componente *programas específicos* foi composto por itens relativos aos seguintes programas: a) Saúde da Mulher; b) Saúde da Criança; c) Saúde do Adolescente; d) Controle e prevenção de DST; e) Controle da tuberculose; f) Eliminação da hanseníase; g) Saúde da Pessoa com Deficiência; h) Saúde do Idoso; i) Assistência ao paciente hipertenso e diabético.

Para a análise dos dados por porte populacional de **ambos os artigos**, foram utilizadas informações demográficas. Para isso, foram coletadas informações do IBGE referentes à população residente no ano de estudo. Para este estudo, considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte, o município que possui entre 20

mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

Para se analisar as variáveis do estudo com o porte populacional, levou-se em consideração o seguinte fato: a distribuição dos questionários aplicados nos municípios foi baseada na proporção de equipes de saúde da família existentes em Pernambuco, por porte populacional. Entretanto, ao final da coleta dos dados, devido às limitações técnicas e financeiras para visitas a alguns municípios, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada porte populacional, a proporção de questionários calculados pela proporção de questionários aplicados (*tabela 1*). Esse fator foi de grande importância na apresentação dos resultados, a fim de que o total fosse expresso com a devida correção.

Tabela 1 - Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do estado de Pernambuco, Brasil (agosto de 2008), por porte populacional, segundo questionários aplicados e fator de correção.

| Porte populacional dos municípios | ESF em PE | | Questionários previstos N | Questionários aplicados | | Fator de ponderação |
|-----------------------------------|-----------|-------|------------------------------|-------------------------|-------|---------------------|
| | N | % | | N | % | |
| Grande | 652 | 35,3 | 55 | 71 | 46,1 | 0,77 |
| Médio | 832 | 45,0 | 69 | 55 | 35,7 | 1,26 |
| Pequeno | 364 | 19,7 | 30 | 28 | 18,2 | 1,08 |
| Total | 1848 | 100,0 | 154 | 154 | 100,0 | |

Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos foram representados na forma de frequências e percentuais, em planilhas eletrônicas do *software Microsoft Excel (Windows)*. A análise dos questionários também permitiu verificar diferenças entre a estrutura disponível pelas equipes e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fisher para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info, versão 6.04.

7.4 Amostragem, coleta e análise dos dados (artigo 3)

Para a elaboração do artigo 3, foram utilizados dois bancos de dados: o primeiro banco de dados corresponde à pesquisa intitulada “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família” realizada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1999, momento da implantação de muitas equipes a nível nacional, sendo utilizadas as informações das

equipes de saúde da família existentes no estado de Pernambuco. O segundo banco de dados corresponde à pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios” e realizada no ano de 2009.

Sendo assim, foi possível comparar a estrutura e o processo de trabalho das equipes nos dois períodos, pois em 1999 utilizou-se o universo das equipes (189) de Pernambuco e, em 2009, utilizou-se uma amostra representativa para o estado de Pernambuco (154). Entretanto, no banco de dados de 1999, duas equipes apresentaram os dados em branco, trabalhando-se então com os dados de 187 equipes.

Na primeira análise deste trabalho, as variáveis foram divididas em três eixos principais: ações de planejamento e articulação comunitária; estrutura das equipes; e programas específicos.

O eixo *ações de planejamento e articulação comunitária* é composto pelas variáveis: a) existência de mapa da área de abrangência; b) forma de organização do prontuário; c) análise dos dados do SIAB no mês anterior com realização de ações; d) realização de reuniões para discutir e programar o trabalho da equipe; e) participação em atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda; f) participação no Conselho Municipal de Saúde; g) avaliação das ações com a participação da comunidade.

O eixo *estrutura das equipes* é composto pelas variáveis: a) disponibilidade de materiais/ equipamentos (estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, oftalmoscópio, termômetro, lanterna, foco, aparelho de aerosol/nebulizador, balança adulto, balança infantil, material para pequena cirurgia, material para retirada de pontos, estetoscópio de pinard, sonar dopler, glicosímetro); b) disponibilidade de vacinas (BCG, antipólio, tríplice/DPT, toxoide tetânico, anti-hepatite B, tríplice viral / MMR, DT adulto); c) disponibilidade de materiais educativos (cartazes e folhetos, álbum seriado, TV e vídeos); d) disponibilidade de medicamentos essenciais (antibióticos, sulfato ferroso, contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A, antitérmicos, analgésicos, antiparasitários, hipoglicemiantes orais, antimicótico tópico, tuberculostáticos, medicamentos contra hanseníase).

Por fim, o eixo *programas específicos* foi composto por itens relativos aos seguintes programas: a) Saúde da Mulher e da Criança (consulta médica de pré-natal, vacinação com toxóide tetânico, dispensação de sulfato ferroso, avaliação do estado nutricional da gestante, consulta médica à puérpera, distribuição de preservativos, inserção de DIU, consulta ginecológica); b) Controle da Hipertensão e Diabetes (busca ativa de casos, diagnóstico); c)

DST, Hanseníase e Tuberculose (diagnóstico, tratamento, busca ativa de casos); d) ações de Vigilância Epidemiológica (notificação compulsória de doenças, investigação, ações de bloqueio).

Quadro 1 - Distribuição das variáveis por eixo, segundo valores atribuídos e pontuação máxima.

(continua)

| EIXO | VARIÁVEL | Valores atribuídos | Pontuação máxima |
|---|--|---|-------------------------|
| EIXO 1: PLANEJAMENTO E ARTICULAÇÃO COMUNITÁRIA | Existe mapa da área de abrangência construído pela ESF? | 0 - não possui; 1 - possui | 1 |
| | Forma de organização do prontuário familiar | 0 - não possui; 0,5 - prontuário individual; 1 - prontuário familiar | 1 |
| | Análise dos dados do SIAB no mês anterior com realização de ações | 0 não analisou e não agiu; 0,5 analisou, mas não agiu; 1 analisou e agiu | 1 |
| | Realização de reuniões para discutir e programar o trabalho da equipe | 0 não; 0,25 sem regularidade; 0,5 mensalmente; 0,75 quinzenalmente; 1 semanal | 1 |
| | Participação em atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda e outros | 0 não; 1 sim | 1 |
| | Participação no Conselho Municipal de Saúde (profissional membro ou participante das reuniões) | 0 não participa e não é membro; 0,5 participa, mas não é membro; 1 participa e é membro | 1 |
| | Avaliação das ações com a participação da comunidade | 0 não avalia com a comunidade; 1 avalia com a comunidade | 1 |
| | Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF recebeu visita de supervisão da Coordenação Municipal do PSF? | 0 - nenhuma 1 - 6 visitas (máximo considerado) OBS: para valores menores que 6, considera-se o valor decimal (n/6). | 1 |
| | Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF (pelo menos um de seus membros) participou de reunião com a Coordenação Municipal do PSF? | 0 - nenhuma 1 - 6 visitas (máximo considerado) OBS: para valores menores que 6, considera-se o valor decimal (n/6). | 1 |
| Total EIXO 1: PLANEJAMENTO E ARTICULAÇÃO COMUNITÁRIA | | | 9 |

Quadro 1 - Distribuição das variáveis por eixo, segundo valores atribuídos e pontuação máxima.

(continuação)

| EIXO | VARIÁVEL | Valores atribuídos | Pontuação máxima | |
|--|---|----------------------------|------------------|-----------|
| EIXO 2: ESTRUTURA DA EQUIPE | Disponibilidade de materiais/equipamentos | | 15 | |
| | Estetoscópio | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Tensiômetro | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Otoscópio | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Oftalmoscópio | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Termômetro | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Lanterna | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Foco | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Aparelho de Aerosol/Nebulizador | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Balança Adulto | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Balança Infantil | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Material para pequena cirurgia | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Material para retirada de pontos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Estetoscópio de Pinard | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Sonar Dopler | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Glicosímetro | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Disponibilidade de vacinas | | | 7 |
| | BCG | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Antipólio | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Tríplice/DPT | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Toxoide Tetânico | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Anti-Hepatite B | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Tríplice Viral / MMR | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | DT Adulto | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Disponibilidade de materiais educativos | | | 3 |
| | Cartazes e folhetos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Álbum seriado | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | TV e vídeos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Disponibilidade de medicamentos essenciais | | | 12 |
| | Antibióticos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Sulfato Ferroso | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Contraceptivos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| | Anti-Hipertensivos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | |
| Vitamina A | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Antitérmicos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Analgésicos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Antiparasitários | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Hipoglicemiantes Oraís | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Antimicótico Tópico | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Tuberculostáticos | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Medicamentos contra hanseníase | 0 - não possui; 1 - possui | 1 | | |
| Total EIXO 2: ESTRUTURA DA EQUIPE | | | 37 | |

Quadro 1 - Distribuição das variáveis por eixo, segundo valores atribuídos e pontuação máxima.

| | | | (conclusão) |
|--|---|------------------------------|------------------|
| EIXO | VARIÁVEL | Valores atribuídos | Pontuação máxima |
| EIXO 3: PROGRAMAS ESPECÍFICOS | Saúde da mulher e da criança | | 9 |
| | Pré-natal – consulta médica | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Pré-natal – vacinação com toxoide tetânico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Pré-natal – Dispensação de Sulfato Ferroso | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Pré-natal – Avaliação do Estado Nutricional | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Assistência à Puérpera – Consulta Médica | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Atenção à Criança – Consulta Médica | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Planejamento Familiar – distribuição de preservativos | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Planejamento Familiar – Inserção de DIU | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Consulta Ginecológica | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle da hipertensão e diabetes | | 4 |
| | Controle da Hipertensão – Busca Ativa de Casos | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle da Hipertensão – Diagnóstico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Diabetes – Busca Ativa de Casos | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Diabetes – Diagnóstico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | DST, Hanseníase e Tuberculose | | 8 |
| | Controle de DST – Diagnóstico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de DST – Tratamento | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Hanseníase – Busca Ativa de Casos | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Hanseníase – Diagnóstico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Hanseníase – Tratamento | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Tuberculose – Busca Ativa de Casos | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Tuberculose – Diagnóstico | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Controle de Tuberculose – Tratamento | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Ações de Vigilância Epidemiológica | | 3 |
| | Notificação Compulsória de Doenças | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| | Investigação | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 |
| Ações de bloqueio (bloqueio vacinal, quimioprofilaxia) | 0 - não realiza; 1 - realiza | 1 | |
| Total EIXO 3: PROGRAMAS ESPECÍFICOS | | 24 | |

Fonte: elaboração própria

Cada variável listada recebeu uma pontuação, a qual poderia variar de 0 a 1. Para cada item foi possível identificar a pontuação média das equipes nos anos de 1999 e 2009. Contudo, para a construção de cada eixo principal (ações de planejamento e articulação comunitária; estrutura das equipes; e programas específicos) somou-se a pontuação obtida em cada variável dividindo-a pela quantidade de variáveis do eixo (multiplica-se o resultado por 100), obtendo-se o percentual de pontos conquistados no eixo analisado. Por exemplo, no eixo *ações de planejamento e articulação comunitária*, composto por 9 itens, somou-se a pontuação obtida nas 9 variáveis, dividindo-a por 9 e multiplicando por 100, obtendo-se,

assim, o percentual de pontos do eixo analisado. O mesmo método foi utilizado na análise dos demais eixos, comparando-os entre os anos de 1999 e 2009.

Além disso, foi realizado um teste de significância para cada variável, assim como para cada eixo, a fim de comparar os resultados encontrados nos anos em questão. Vale ressaltar que o banco de dados referente ao ano de 1999 é composto pelo universo das equipes existentes no estado de Pernambuco, enquanto o banco de dados do ano de 2009 é composto por uma amostra de equipes. Dessa forma, realizou-se teste de significância para comparação dos parâmetros encontrados em 2009 (amostra) com os parâmetros do universo das equipes em 1999, tomando-se como significantes os valores de p inferiores a 5%.

A segunda parte desse trabalho reagrupou as variáveis citadas anteriormente em três novos eixos, denominados eixos secundários: ações de prevenção, ações de assistência e ações da ESF. Com isso, espera-se verificar quais os grupos de ações sofreram mudanças, identificando os modos de atenção praticados pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos dois períodos em estudo. Nesse momento, também foi utilizado o teste de significância.

Para a análise final dos eixos prevenção, assistência e ESF, realizou-se a *análise de cluster de k médias*, o que permitiu identificar k subgrupos de equipes homogêneas a partir da pontuação final dos eixos. Essa pontuação final considerou o somatório de cada variável do chamado 'eixos secundários', as quais poderiam totalizar 26 pontos, e, em seguida, dividiu-se essa soma de pontos pelo total de variáveis (26), multiplicando-se o resultado por 100. Obteve-se, assim, a pontuação final de cada equipe de Pernambuco em cada ano estudado.

A análise de *cluster* permitiu, frente ao conjunto de equipes, agrupá-las em subgrupos, de tal forma que cada um fosse internamente homogêneo (constituído por equipes 'semelhantes') e que os vários subgrupos fossem heterogêneos entre si (as equipes de subgrupos diferentes sejam 'dissemelhantes'). As equipes com maiores pontuações foram agrupadas no cluster 1; as equipes com pontuações intermediárias foram agrupadas no cluster 2; e, por fim, as equipes com as menores pontuações ficaram no cluster 3. Tal análise foi realizada nos dois anos, identificando-se, inicialmente, os clusters no ano de 1999 e, em seguida, no ano de 2009.

Por fim, cada cluster, de cada ano, foi analisado de acordo com os eixos secundários (ações de prevenção, assistência e ESF), sendo possível identificar quais os grupos de práticas se destacaram nas equipes de melhores resultados gerais (cluster 1), resultados intermediários (cluster 2) e nas equipes de piores resultados (cluster 3). Também foi possível verificar a evolução dos eixos de cada cluster nos anos de 1999 e 2009.

8 ARTIGO 1 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL

The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation of team structure by population size

Fernando Castim Pimentel¹

Paulette Cavalcanti de Albuquerque²

Wayner Vieira de Souza³

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
nandocastim@yahoo.com.br

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
paulette.cavalcanti@gmail.com

³ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil
wayner@cpqam.fiocruz.br

RESUMO O estudo teve como objetivo avaliar a estrutura das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco por porte populacional, no ano de 2009. Foram aplicados questionários estruturados a 154 equipes, de 24 municípios, e avaliados itens referentes a instrumentos, materiais educativos, espaço físico, medicamentos, vacinas, além dos recursos humanos disponíveis. Os resultados mostraram que os espaços físicos das equipes foram mais bem avaliados nos municípios de pequeno porte ($p=0,032$). Somente 5,6% das equipes cumprem todos os requisitos de estrutura, e o componente recursos humanos apontou a precariedade do vínculo dos profissionais, principalmente nos municípios de médio porte do estado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Estrutura dos serviços; Recursos humanos em saúde; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT *The study aimed to evaluate the structure of health family teams of the state of Pernambuco by population size in the year of 2009. Were applied structured questionnaires to 154 teams, from 24 counties, and evaluated items related to instruments, educational materials, physical space, medicines, vaccines, besides the human resources available. The results showed that the physical spaces of the teams were better evaluated in small-sized municipalities ($p = 0,032$). Only 5,6% of the teams meet all the structure requirements, and the component human resources pointed out the precariousness of the professional bonds, mainly in mid-sized municipalities of the state.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Structure of services; Health manpower; Health services evaluation.*

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de estruturar a assistência à saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) foi originado em 1994, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (BRASIL, 2006a), e hoje é estabelecido como a estratégia para organização da Atenção Básica, visando a romper com o modelo de atenção centrado na lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar (SILVEIRA FILHO, 2008). Pretendia-se que a implantação dessa nova forma de atuar reorientasse a forma de atuação das equipes e a organização geral dos serviços (OLIVEIRA; SALIBA, 2005), consolidando-a nos pequenos e médios municípios e ampliando nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2006b).

Em 28 de março de 2006, surgiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n.º 648, a qual visava a reforçar os objetivos do PSF (hoje, denominado Estratégia Saúde da Família – ESF), que são: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivar a integralidade, seja através da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação ou pelo trabalho interdisciplinar e em equipe; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, entre outros (BRASIL, 2006a). Além disso, a portaria traz os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica, as responsabilidades dos níveis de gestão, atribuições dos profissionais, critérios para implantação e credenciamento das equipes. Atualmente, a ESF é regulada pela portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar da normatização estabelecida, a implantação da ESF está na dependência de processos políticos, institucionais, técnicos e organizativos, próprios de cada município, o que gera grandes diversidades no seu funcionamento (DENIS; CHAMPAGNE, 1997), principalmente, quanto à estrutura das unidades, vínculo e qualificação dos recursos

humanos e processo de trabalho das equipes. Acredita-se que a maior adesão à ESF ainda ocorra nos municípios de pequeno e médio porte (UCHOA *et al.*, 2011), entretanto, a sua implantação não ocorre da mesma forma nos municípios de diferentes portes populacionais (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Muitas dificuldades enfrentadas para a implantação das equipes e a manutenção das condições de trabalho adequadas são decorrência da má distribuição dos recursos financeiros, influenciada pelo porte populacional dos municípios. Investimentos, como o Proesf, destinados aos municípios com população acima de 100 mil habitantes, possibilitaram que essas localidades expandissem sua rede. No caso dos municípios de menor porte populacional e de menor IDH, essa expansão ocorreu devido ao maior valor *per capita* de recursos transferidos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica, bem superior ao dos municípios de grande porte, conforme a Portaria n.º 650/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c).

Alguns desses problemas foram evidenciados por Tanaka (2011), segundo o qual, a implantação da ESF em municípios de pequeno porte encontrou, inicialmente, facilidades operacionais, embora, em médio prazo, tenha apresentado problemas quanto à fixação do profissional médico; e, nos municípios de grande porte, houve a dificuldade de adscrição da clientela e o frágil reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, outros estudos (VIANA *et al.*, 2008; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010) constataram a infraestrutura precária das unidades de saúde, com problemas que vão desde a falta de unidades de saúde próprias às condições de apoio diagnóstico e terapêutico (equipamentos, medicamentos e insumos básicos).

A temática da avaliação tem sido bastante utilizada para estudar esses e outros aspectos relacionados à ESF. Uma metodologia muito útil, seja para tomada de decisão ou para pesquisa científica, é a concepção de avaliação de qualidade, proposta por Donabedian (1988), cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado, sendo a estrutura, foco deste trabalho, o componente que representa as características relativamente estáveis, como os recursos materiais, humanos e organizacionais. Esse enfoque facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação (SAMICO *et al.*, 2010), além de apresentar uma boa compatibilidade com os programas e serviços de saúde (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Starfield (2002) propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde que valoriza a estrutura como um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde. A estrutura corresponde aos recursos necessários para oferecer os serviços, entre

eles, a análise de pessoal, que considera a educação e o treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço, e a análise da instalação e dos equipamentos, que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação.

Assim, considerando a estrutura um aspecto relevante na assistência à saúde da população, que pode variar de acordo com o porte populacional do município, este artigo tem como objetivo avaliar a estrutura das Equipes de Saúde da Família (EqSF) do Estado de Pernambuco, por porte populacional, no ano de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, no qual foi analisada a estrutura das EqSF do estado de Pernambuco, através da utilização do banco de dados da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios', realizada no ano de 2009, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Edital MCT/CNPq Universal n.º 15/2007, faixa B) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz (n.º 129/2008), em 04 de dezembro de 2008.

O Estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios. Segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2009 (ano de realização das entrevistas), Pernambuco tem uma população de 8.810.318 habitantes, sendo que 89,2% são cobertos pela Atenção Primária à Saúde, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem população cadastrada e acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a elas vinculados.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (Datasus), o estado contava com 1.848 Equipes de Saúde da Família, à época da realização da pesquisa.

Dos 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e têm tido acesso a recursos próprios na estruturação da ESF, através do Proesf, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para EqSF, ACS ou equipes de saúde bucal.

A população de estudo foi composta pelas EqSF do estado de Pernambuco. Uma amostra foi calculada para estimar uma proporção de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as EqSF foram sorteadas aleatoriamente e distribuídas, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários, em 24 municípios do estado. Assim, deveriam ser aplicados 55 questionários nos municípios de grande porte, 69 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte.

Foi selecionado um informante-chave de cada equipe para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios, como ser integrante da equipe há, pelo menos, um ano e conhecer as atividades desenvolvidas, garantindo, assim, uma maior qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente, em uma equipe selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lo. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta (questionário). A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos à estrutura oferecida às equipes favoreceram uma avaliação mais fidedigna do modelo de atenção desenvolvido pelas EqSF.

Utilizaram-se questionários estruturados, que, posteriormente, foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.3, formando-se, então, um banco de dados com informações sobre as EqSF participantes.

Para efeitos deste trabalho, as variáveis foram divididas em dois componentes: estrutura e recursos humanos. O componente 'estrutura' é composto pelos eixos: a) instrumentos e equipamentos; b) materiais educativos; c) condições dos espaços físicos das unidades; d) vacinas; e) medicamentos essenciais. O componente 'recursos humanos' subdivide-se em: a) composição da equipe; b) capacitação/educação em saúde; c) vínculo dos profissionais.

No eixo referente aos instrumentos e equipamentos, verificou-se a presença dos seguintes itens: estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, oftalmoscópio, termômetro, lanterna clínica, foco, aparelho aerossol/nebulizador, balança adulto, balança infantil, material para pequenas cirurgias, material para retirar pontos, glicosímetro, estetoscópio de *pinard*, sonar *doppler*, geladeira para vacina, régua antropométrica, caixa térmica ou isopor, mesa

ginecológica e outras. No eixo dos materiais educativos, verificou-se a disponibilidade de cartazes e folhetos, álbum seriado, lápis pilot, pincéis, tintas, tv, dvd, vídeos e outros. Nos espaços da unidade, foram observadas a existência e as condições da sala de procedimentos básicos, sala de curativo exclusiva, sala de vacina exclusiva, sala para guarda e dispensação de medicamento, consultório para assistência clínica, consultório equipado para exame Papanicolau, banheiro para usuário, banheiro para funcionário, local para reunião e copa. Com relação às vacinas, observou-se a presença de BCG, antipólio, tríplice/DTP, tríplice viral/MMR, toxóide tetânico, tetravalente (DTP+Hib), anti-hepatite B, DT Adulto, rotavirus e outras. Por fim, sobre os medicamentos essenciais, analisou-se a disponibilidade de antibióticos, antianêmicos, contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A, antitérmicos, analgésicos, anti-inflamatórios, broncodilatadores, antiparasitários, antieméticos, hipoglicemiantes orais, antimicóticos, soro reidratante e insulina.

O eixo relativo aos recursos humanos abordou a composição da equipe mínima completa, a capacitação e a educação em saúde, como treinamento introdutório ao Saúde da Família, curso de aperfeiçoamento, especialização, residência, mestrado ou doutorado em saúde pública, treinamento nas áreas AIDPI, diabetes, hipertensão, DST/Aids, hanseníase, tuberculose, saúde do trabalhador e saúde da mulher. Também foi abordada a forma de vínculo dos profissionais das equipes.

Para a análise dos dados por porte populacional, foram utilizadas informações demográficas. Para isso, foram coletadas informações do IBGE referentes à população residente no ano de estudo. Para este estudo, considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte, o município que possui entre 20 mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

Para se analisar as variáveis do estudo com o porte populacional, levou-se em consideração o seguinte fato: a distribuição dos questionários aplicados nos municípios foi baseada na proporção de EqSF existentes em Pernambuco, por porte populacional. Entretanto, ao final da coleta dos dados, devido às limitações técnicas e financeiras para visitas a alguns municípios, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada porte populacional, a proporção de questionários calculados pela proporção de questionários aplicados (*tabela 1*). Esse fator foi de grande importância na apresentação dos resultados, a fim de que o total fosse expresso com a devida correção.

Os resultados obtidos foram representados na forma de frequências e percentuais, em planilhas eletrônicas do *software Microsoft Excel (Windows)*. A análise dos questionários também permitiu verificar diferenças entre a estrutura disponível pelas equipes e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste exato de *Fisher* para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info, versão 6.04.

RESULTADOS

A análise dos equipamentos básicos disponíveis para as EqSF evidenciou a ausência de alguns materiais em muitas equipes, como a lanterna clínica (31,4%), o oftalmoscópio (7,5%) e material para pequenas cirurgias (20,4%). Na análise de distribuição por porte, alguns equipamentos apresentaram-se com uma menor frequência em municípios de pequeno porte (otoscópio e régua antropométrica), o foco mostrou-se em menor quantidade nos municípios de médio porte e a balança infantil nos municípios de grande porte, todos com diferença estatisticamente significativa (*tabela 2*).

Com relação aos materiais educativos, constatou-se que cartazes/folhetos (94,6%) e álbum seriado (87%) estiveram presentes na maior parte das equipes (*tabela 2*). Entretanto, materiais lúdicos, como lápis piloto, pincéis e tintas (57,6%), além de materiais de maior custo, como TV, DVD e vídeos (26,3%), demonstraram uma menor disponibilidade pelas equipes. Percebe-se, também, a realidade de cada município ao se comparar que a disponibilidade de recursos mais modernos (como tv, DVD e vídeos) esteve mais relacionada aos municípios de grande porte ($p=0,000$), enquanto os recursos de menor custo (como lápis, pincéis e tintas) mostraram-se mais frequentes nos municípios de pequeno porte, sem diferença significativa ($p=0,069$).

A respeito da estrutura física, as equipes foram questionadas sobre a existência e as condições dos espaços nas unidades. Observa-se, na *tabela 2*, que a maior parte dos espaços estava presente e em boas condições de uso. Porém, a sala de curativo exclusiva (48,2%), o local para reunião (48,1%), a copa (52,9%) e a sala de procedimentos básicos (55,9%) foram áreas das unidades citadas com menor frequência pelas equipes.

Considerando as vacinas (*tabela 3*) como elementos essenciais às ações básicas de prevenção de doenças, nota-se que existem poucas unidades com déficits de vacinas importantes. A vacina menos citada como disponível em quantidade suficiente foi o toxóide tetânico (80,5%). Com relação à distribuição por porte, não se observou diferença

significativa entre os municípios. Vacinas como a antirrábica e a dupla viral, apesar de não constarem no questionário, foram relatadas pelos profissionais das equipes e, assim, registradas no item 'outras'.

Também foi possível constatar que determinados medicamentos, os quais não poderiam faltar nas USF, não estavam disponíveis ou encontravam-se em quantidade insuficiente para a demanda da equipe, como, por exemplo, antibióticos, anti-inflamatórios e broncodilatadores, presentes em quantidade suficiente em apenas 64,6%, 64,1% e 67,1% das equipes, respectivamente (*tabela 3*). Vale ressaltar que alguns medicamentos, como contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A e hipoglicemiantes orais, foram encontrados em menor frequência nos municípios de grande porte quando comparados com os municípios de médio e pequeno porte.

O *quadro 1* mostra um consolidado dos eixos – equipamentos, materiais educativos, espaços da unidade, vacinas e medicamentos essenciais – apresentados anteriormente nas tabelas 2 e 3. Pode-se constatar que a maioria das equipes apresentou disponibilidade mínima de dois materiais educativos (89,6%) e presença de todas as vacinas necessárias para a população (74,3%). Entretanto, 17,5% das equipes demonstraram dificuldades em disponibilizar o quantitativo mínimo de materiais/instrumentos/equipamentos, e 32,9% possuíam os medicamentos essenciais em quantidade suficiente. Com relação aos espaços físicos, 55,7% das equipes afirmaram estarem boas condições de uso, sendo essa condição mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparada à daqueles de grande porte ($p=0,032$).

Constatou-se, ainda no *quadro 1*, que 61,7% das equipes cumpriram, pelo menos, 3 dos 5 eixos (equipamentos, materiais educativos, espaço físico, vacinas e medicamentos), sendo as equipes dos municípios de pequeno porte as que apresentaram um maior percentual de cumprimento, comparadas com as equipes dos municípios de grande porte ($p=0,000$). Ao se avaliar o cumprimento de todos os eixos do componente estrutura, apenas 5,6% das EqSF de Pernambuco cumpriram 100%, sem diferença estatística significativa.

Na análise do componente relativo aos recursos humanos (*quadro 2*), observou-se que 83,6% das equipes apresentavam-se completas, com composição mínima de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 a 12 ACS. Com relação à capacitação/educação em saúde dos profissionais, constatou-se que 63,9% dos profissionais que participaram da pesquisa possuíam treinamento introdutório ao saúde da família, 53,8% possuíam algum curso na área de saúde pública/saúde da família e 73,9% possuíam treinamento em, pelo menos, 4 das áreas citadas. Ressalta-se que o percentual de equipes com

treinamento introdutório foi maior nos municípios de grande porte, quando comparadas às dos municípios de médio e pequeno porte ($p=0,002$). O percentual de equipes com cursos na área de saúde pública/saúde da família e treinamento nas áreas básicas também foi maior nos municípios de grande porte, no entanto, sem demonstrar diferença estatística significativa.

Com relação ao vínculo dos profissionais, constatou-se que apenas 24,1% dos profissionais entrevistados possuíam como vínculo o concurso público, principalmente nos municípios de grande porte, comparados aos de médio porte ($p=0,001$).

Por fim, observou-se que 65,6% das equipes de Pernambuco apresentaram cumprimento de, pelo menos, 3 dos 5 eixos do componente recursos humanos, e que apenas 5,4% das equipes cumpriam todos os eixos desse componente (*quadro 2*). Em ambos os casos, os municípios de grande porte apresentaram melhores resultados quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte.

DISCUSSÃO

Componente estrutura

A análise da estrutura disponível nas EqSF de Pernambuco demonstrou a presença de instrumentos e equipamentos importantes, como estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança adulto, glicosímetro, geladeira para vacina, entre outros, mas também a ausência de itens importantes para o desenvolvimento do trabalho, como lanterna clínica, oftalmoscópio e material para pequenas cirurgias, os quais, segundo o manual de estrutura física das UBS (BRASIL, 2008), são imprescindíveis para o funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde com Equipe de Saúde da Família. O relatório de avaliação da implantação e do funcionamento do PSF, publicado pelo Ministério da Saúde, em 1999 (BRASIL, 1999), constatou a pouca disponibilidade de oftalmoscópio (14,6%), glicosímetro (29,7%), sonar doppler (44,9%), lanterna (52,2%), material para pequenas cirurgias (56,6%), entre outros, pouco disponíveis até os dias de hoje, como se pode observar no presente estudo.

Outros autores também constataram a pouca disponibilidade desses itens, como Moura *et al.* (2010), que, ao caracterizarem a modalidade de organização da atenção primária em dois municípios do estado da Bahia, observaram que menos de 50% das unidades de saúde do município A possuíam tensiômetro infantil, otoscópio, lanterna, oftalmoscópio, materiais para pequenas cirurgias, entre outros. No município B, além dos citados, menos da metade das USF apresentava glicosímetro com fitas e nenhuma possuía oftalmoscópios e

equipamentos audiovisuais. Rocha *et al.* (2012), ao avaliarem o desempenho da ESF no município de Campina Grande (PB), observaram que 90% das unidades não dispunham nem de oftalmoscópio nem de lanterna; 60%, 35% e 5% não possuíam negatoscópio, otoscópio e glicosímetro, respectivamente.

Algumas dessas dificuldades também foram encontradas por Pinto, Menezes e Villa, (2010) ao analisarem as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da ESF do município de Ceará-Mirim (RN), onde 86,8% dos profissionais indicaram não ter disponibilidade de equipamentos e instrumentos.

A disponibilidade dos materiais educativos pelas equipes variou conforme o tipo de material e o porte populacional do município. Os recursos de maior custo (como tv, DVD e vídeos) estavam mais associados aos municípios de grande porte, e os materiais de menor custo mais frequentes nos municípios de pequeno porte, evidenciando a influência do recurso financeiro dos municípios sobre o tipo de atividade educativa desenvolvida. Esses fatores influenciam a qualidade da atenção aos usuários, uma vez que podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos e comprometer a continuidade do cuidado (MOURA *et al.*, 2010). Entretanto, pode-se evidenciar que a disponibilidade dos materiais educativos melhorou ao longo dos anos, tendo em vista que, em 1999, a avaliação do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1999) constatou que apenas 27,3% das equipes dispunham desse tipo de material em quantidade suficiente.

Com relação aos espaços das unidades, apesar de muitos ambientes terem sido citados com maior frequência, a sala de curativo exclusiva e o local para reunião foram citados por menos da metade das equipes como existentes e em boas condições de uso. Outros autores mostram a disponibilidade de sala de espera, consultórios, cozinha, sala de vacina, farmácia e sala para cuidados de enfermagem, porém, a sala de espera, recepção/arquivo, sala para cuidados de enfermagem e sala de vacinação foram as que tiveram maior quantidade de parâmetros inadequados (ROCHA *et al.*, 2012). Também é evidente a ausência de sala de reunião em grande parte das unidades, o que pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais (MOURA *et al.*, 2010).

A existência de vacinas em quantidade suficiente foi outro aspecto verificado nesse estudo, evidenciando boa disponibilidade nas equipes, diferente dos achados da avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), onde vacinas como BCG, anti-hepatite B, toxóide tetânico, tríplice viral e DT infantil eram disponibilizadas por 76,3%, 75,3%, 64,6%, 64,3% e 38,3% das equipes, respectivamente.

Com relação aos medicamentos essenciais, constatou-se uma menor disponibilidade, visto que apenas 32,9% das equipes possuíam mais de 90% dos itens avaliados. O estudo de Rocha *et al.* (2012) demonstra semelhanças ao constatar que 75% e 20% das unidades pesquisadas não dispunham de cobertura vacinal para a BCG e para a dupla viral, respectivamente. Entre os fármacos que deveriam estar disponíveis, os que mais faltaram foram: diclofenaco de potássio (95%), aminofilina e nistatina creme vaginal (90%), cimetidina (75%), neomicina com bacitracina (75%) e ampicilina (55%). Em Campina Grande (PB), 83,2% dos profissionais relataram como principal dificuldade para o desempenho das suas atividades a indisponibilidade de medicamentos (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Cabe ressaltar que a Portaria n.º 2.488 ainda destaca, entre as responsabilidades atribuídas às Secretarias Municipais de Saúde: “garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas” (BRASIL, 2011), o que não foi observado neste estudo, principalmente ao se constatar que apenas 5,6% das EqSF de Pernambuco cumpriram 100% do componente estrutura, o qual aponta os itens mínimos apresentados pelas equipes para o desenvolvimento adequado das ações de saúde.

Componente recursos humanos

O componente ‘recursos humanos’ analisou, inicialmente, a completude das EqSF, e constatou que 16,4% delas funcionavam sem a composição mínima estabelecida na Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Segundo esse documento, a equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Na análise do componente recursos humanos, ficou evidente a relação entre a qualificação dos profissionais e o porte populacional dos municípios, principalmente quando se trata do treinamento introdutório, mais frequente nos municípios de grande porte. Esse achado confirma o maior acesso das equipes de municípios mais desenvolvidos aos cursos de capacitação e ao treinamento em saúde.

Os próprios profissionais reconhecem a importância da equipe com perfil e formação em saúde pública ou em Atenção Básica, aspecto mencionado por 93,2% dos profissionais de saúde da família do município de Ceará-Mirim (RN), como facilitador do desenvolvimento das ações em saúde (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Além disso, outro fator que dificulta a consolidação da ESF está relacionado à formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos flexnerianos, com currículo rígido e pouco conectado com a realidade da população (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A estabilidade dos profissionais através do vínculo foi outro aspecto que se mostrou deficiente, pois apenas 24,1% dos profissionais que participaram da pesquisa referiram como seu vínculo o concurso público. Esse fato é confirmado por outros estudos que apontam a precariedade do vínculo e a oferta de empregos no mercado como os principais problemas a serem enfrentados pelos gestores, o que compromete os laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população (PINTO, 2008).

Diante das dificuldades relativas à qualificação e ao vínculo dos profissionais das EqSF, a Portaria n.º 2.488 (2011) afirma, em seu artigo I, parágrafo VI, que é responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao seu desenho do tipo transversal, o qual não permite estabelecer relações entre causa e efeito, o que limita a interpretação dos resultados. Outra limitação refere-se ao fato de que as informações utilizadas para se avaliar as equipes eram autorreferidas, não sendo possível, assim, comprovar a veracidade das informações fornecidas, tendo em vista que as informações não eram complementadas pelos pesquisadores através da observação *in loco* da unidade.

Por fim, alguns autores afirmam que não é possível dizer se os aparatos institucionais de apoio às equipes – como educação permanente e gestão do trabalho, incluindo, aí, vínculos empregatícios – e a infraestrutura das unidades de saúde se diferenciam entre os municípios (SARTI *et al.*, 2012).

Entretanto, Henrique e Calvo (2009), avaliando o grau de implantação de municípios catarinenses, demonstraram que os municípios menores apresentaram-se mais bem classificados quanto à estrutura, onde a proporção de municípios com até 20 mil habitantes, nas categorias bom e médio, foi significativamente maior do que a proporção dos demais municípios, o que se assemelha bastante aos resultados encontrados no presente estudo. Esses autores explicam que houve uma tendência inicial de implantação do programa em áreas menos assistidas, caracterizadas por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família tinha grande poder de indução da política de saúde (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Assim, esperava-se que as equipes dos municípios de grande porte apresentassem melhores resultados devido aos investimentos do Proesf, destinados aos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Esses municípios apresentaram melhores resultados na avaliação do componente recursos humanos, possivelmente devido ao seu maior acesso à qualificação. Como os municípios de menor porte populacional apresentam maior valor *per capita* de recursos para Atenção Básica, quando comparado ao valor do incentivo dos municípios de grande porte (BRASIL, 2006c), talvez isso explique o melhor desempenho dos municípios de menor porte na avaliação do componente estrutura.

CONCLUSÃO

Constataram-se, através desse estudo, algumas dificuldades vivenciadas pelas EqSF do estado de Pernambuco. A análise do componente estrutura evidenciou que a maioria das equipes dispõe de materiais educativos e vacinas. Entretanto, poucas equipes possuíam a relação dos instrumentos/equipamentos básicos necessários à assistência à saúde da população. Os espaços das unidades mostraram que poucas delas dispõem de local para reunião.

A avaliação geral constatou que pouco mais da metade das equipes cumpre mais de 50% dos eixos do componente estrutura, com destaque para os municípios de pequeno porte, e apenas 5,6% cumprem todos os requisitos, o que demonstra a falta de investimento na manutenção das unidades e na aquisição de materiais, insumos, instrumentos e equipamentos, fundamentais para a prestação de uma assistência de qualidade para a população.

Com relação ao componente recursos humanos, os municípios de grande porte apresentaram melhores resultados, principalmente quanto ao vínculo dos profissionais e ao treinamento introdutório ao Saúde da Família.

Dessa forma, é necessário investir na estrutura física das USF dos municípios de grande porte, assim como na qualificação e no reforço do vínculo dos profissionais dos municípios de médio e pequeno porte, a fim de reduzir muitas das diferenças encontradas na ESF do estado de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de programas e serviços sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*: relatório preliminar. Brasília, DF, 1999, 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União Brasília*, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 650/GM, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] União Brasília* Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, n.º 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, Chicago, v. 260, p.1743-1748, 1988.

HENRIQUE, F; CALVO, M.C.M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, Rio de Janeiro set./out. 2009.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10 supl. 1, p.69-81, nov. 2010.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 297-302, 2005.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

PINTO, E.S.G. *Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família*. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

ROCHA, A.C.D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *RAS*, v. 14, n.54, Abr./Jun. 2012.

SAMICO, I. et al. (Org.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: O uso das ferramentas de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde. IN: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

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.

UCHOA, A .C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

VIANA, A. L. A. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 79-90, 2008.

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco, Brasil (agosto de 2008), por porte populacional, segundo questionários aplicados e fator de correção.

| Porte populacional dos municípios | ESF em PE | | Questionários previstos | Questionários aplicados | | Fator de ponderação |
|--|------------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|----------|----------------------------|
| | N | % | N | N | % | |
| Grande | 652 | 35,3 | 55 | 71 | 46,1 | 0,77 |
| Médio | 832 | 45,0 | 69 | 55 | 35,7 | 1,26 |
| Pequeno | 364 | 19,7 | 30 | 28 | 18,2 | 1,08 |
| Total | 1848 | 100,0 | 154 | 154 | 100,0 | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco por porte populacional, segundo instrumentos, materiais educativos e espaço físico, 2009

| INSTRUMENTOS/ EQUIPAMENTOS | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|---|-------------|------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Estetoscópio | 152,5 | 99,0 | 69 | 97,2 | 55 | 100,0 | 28 | 100,0 | 0,668 |
| Tensiómetro | 153,2 | 99,5 | 70 | 98,6 | 55 | 100,0 | 28 | 100,0 | 1,000 |
| Otoscópio | 106,9 | 69,4 | 57 | 80,3 | 39 | 70,9 | 13 | 46,4 | 0,004 |
| Oftalmoscópio | 11,5 | 7,5 | 7 | 9,9 | 4 | 7,3 | 1 | 3,6 | 0,566 |
| Termômetro | 150,2 | 97,5 | 71 | 100,0 | 52 | 94,5 | 28 | 100,0 | 0,084 |
| Lanterna clínica | 48,3 | 31,4 | 21 | 29,6 | 17 | 30,9 | 10 | 35,7 | 0,837 |
| Foco | 128,8 | 83,6 | 64 | 90,1 | 41 | 74,5 | 26 | 92,9 | 0,023 |
| Aparelho aerossol/nebulizador | 138,9 | 90,2 | 59 | 83,1 | 52 | 94,5 | 26 | 92,9 | 0,097 |
| Balança adulto | 148,4 | 96,4 | 67 | 94,4 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,424 |
| Balança infantil | 145,7 | 94,6 | 63 | 88,7 | 55 | 100,0 | 26 | 92,9 | 0,039 |
| Material de pequenas cirurgias | 31,4 | 20,4 | 13 | 18,3 | 11 | 20,0 | 7 | 25,0 | 0,756 |
| Material para retirar pontos | 137,2 | 89,1 | 62 | 87,3 | 48 | 87,3 | 27 | 96,4 | 0,378 |
| Glicosímetro | 147,1 | 95,5 | 65 | 91,5 | 54 | 98,2 | 27 | 96,4 | 0,229 |
| Estetoscópio de <i>Pinard</i> | 95,6 | 62,1 | 51 | 71,8 | 32 | 58,2 | 15 | 53,6 | 0,136 |
| Sonar <i>Doppler</i> | 131,9 | 85,6 | 60 | 84,5 | 45 | 81,8 | 27 | 96,4 | 0,183 |
| Geladeira para vacina | 149,8 | 97,3 | 70 | 98,6 | 54 | 98,2 | 26 | 92,9 | 0,242 |
| Régua antropométrica | 144,0 | 93,5 | 70 | 98,6 | 52 | 94,5 | 23 | 82,1 | 0,007 |
| Caixa térmica ou isopor | 150,6 | 97,8 | 71 | 100,0 | 54 | 98,2 | 26 | 92,9 | 0,040 |
| Mesa ginecológica | 137,5 | 89,3 | 61 | 85,9 | 48 | 87,3 | 28 | 100,0 | 0,116 |
| Outras | 9,6 | 6,3 | 6 | 8,5 | 4 | 7,3 | 0 | 0,0 | 0,294 |
| MATERIAIS EDUCATIVOS | | | | | | | | | |
| Cartazes e folhetos | 144,8 | 94,6 | 67 | 95,7 | 51 | 92,7 | 27 | 96,4 | 0,689 |
| Álbum seriado | 133,2 | 87,0 | 61 | 87,1 | 48 | 87,3 | 24 | 85,7 | 0,978 |
| Lápis <i>Pilot</i> , pincéis, tintas | 88,1 | 57,6 | 44 | 62,9 | 26 | 47,3 | 20 | 71,4 | 0,069 |
| TV, DVD e vídeos | 40,2 | 26,3 | 33 | 47,1 | 5 | 9,1 | 8 | 28,6 | 0,000 |
| ESPAÇOS DA UNIDADE | | | | | | | | | |
| Sala de procedimentos Básicos | 86,0 | 55,9 | 30 | 42,6 | 32 | 58,0 | 21 | 76,7 | 0,009 |
| Sala de curativo exclusiva | 74,3 | 48,2 | 25 | 35,2 | 30 | 55,1 | 16 | 56,7 | 0,042 |
| Sala de vacina exclusiva | 115,5 | 75,5 | 49 | 70,0 | 43 | 78,3 | 22 | 80,0 | 0,501 |
| Sala para guarda e dispensação de medicamento | 101,8 | 66,1 | 45 | 63,0 | 38 | 69,6 | 18 | 63,3 | 0,789 |
| Consultório para atend. clínico | 123,9 | 80,4 | 54 | 75,9 | 44 | 79,7 | 25 | 90,0 | 0,335 |
| Consultório equipado para exame Papanicolau | 100,2 | 65,1 | 49 | 68,5 | 30 | 55,1 | 23 | 83,3 | 0,034 |
| Banheiro para usuário | 106,4 | 69,1 | 47 | 66,7 | 37 | 68,1 | 22 | 80,0 | 0,465 |
| Banheiro para funcionário | 103,4 | 67,1 | 47 | 66,7 | 38 | 69,6 | 18 | 63,3 | 0,895 |
| Local para reunião (máx 2 km) | 74,1 | 48,1 | 30 | 42,6 | 26 | 46,4 | 17 | 60,0 | 0,253 |
| Copa | 81,5 | 52,9 | 37 | 51,9 | 31 | 56,5 | 13 | 46,7 | 0,688 |

Fonte: Elaboração própria

Legenda: GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte**OBS 1:** Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

Tabela 3. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco por porte populacional, segundo disponibilidade de vacinas e medicamentos essenciais, 2009

| VACINAS | TOTAL (153) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|--------------------------------|-------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| BCG | 149,0 | 96,8 | 69 | 97,2 | 54 | 98,2 | 26 | 92,9 | 0,339 |
| Antipólio | 154,0 | 100,0 | 71 | 100,0 | 55 | 100,0 | 28 | 100,0 | 1,000 |
| Triplice/DTP | 152,7 | 99,2 | 71 | 100,0 | 54 | 98,2 | 28 | 100,0 | 0,539 |
| Triplice Viral/MMR | 152,9 | 99,3 | 71 | 100,0 | 55 | 100,0 | 27 | 96,4 | 0,182 |
| Toxóide Tetânico | 124,0 | 80,5 | 53 | 74,6 | 49 | 89,1 | 20 | 71,4 | 0,075 |
| Tetraivalente (DTP+Hib) | 150,2 | 97,5 | 71 | 100,0 | 52 | 94,5 | 28 | 100,0 | 0,084 |
| Anti-Hepatite B | 154,0 | 100,0 | 71 | 100,0 | 55 | 100,0 | 28 | 100,0 | 1,000 |
| DT Adulto | 152,7 | 100,0 | 71 | 100,0 | 54 | 100,0 | 28 | 100,0 | 1,000 |
| Rotavirus | 150,9 | 98,0 | 70 | 98,6 | 54 | 98,2 | 27 | 96,4 | 0,771 |
| Outras | 39,8 | 25,9 | 16 | 22,5 | 15 | 27,3 | 8 | 28,6 | 0,753 |
| MEDICAMENTOS ESSENCIAIS | | | | | | | | | |
| Antibióticos | 98,8 | 64,6 | 46 | 65,7 | 35 | 63,6 | 18 | 64,3 | 0,970 |
| Antianêmicos | 124,6 | 81,4 | 50 | 71,4 | 47 | 85,5 | 25 | 89,3 | 0,058 |
| Contraceptivos | 130,3 | 85,2 | 53 | 75,7 | 48 | 87,3 | 27 | 96,4 | 0,028 |
| Anti-hipertensivos | 113,2 | 74,0 | 41 | 58,6 | 46 | 83,6 | 22 | 78,6 | 0,006 |
| Vitamina A | 120,3 | 78,6 | 47 | 67,1 | 48 | 87,3 | 22 | 78,6 | 0,030 |
| Antitérmicos | 131,3 | 85,8 | 54 | 77,1 | 49 | 89,1 | 26 | 92,9 | 0,074 |
| Analgésicos | 125,4 | 81,9 | 51 | 72,9 | 47 | 85,5 | 25 | 89,3 | 0,090 |
| Anti-inflamatórios | 98,1 | 64,1 | 42 | 60,0 | 36 | 65,5 | 19 | 67,9 | 0,709 |
| Broncodilatadores | 102,6 | 67,1 | 50 | 71,4 | 33 | 60,0 | 21 | 75,0 | 0,269 |
| Antiparasitários | 120,6 | 78,8 | 53 | 75,7 | 42 | 76,4 | 25 | 89,3 | 0,302 |
| Antieméticos | 108,8 | 71,1 | 47 | 67,1 | 38 | 69,1 | 23 | 82,1 | 0,323 |
| Hipoglicemiantes orais | 122,5 | 80,1 | 48 | 68,6 | 50 | 90,9 | 21 | 75,0 | 0,011 |
| Antimicóticos | 96,2 | 64,1 | 44 | 65,7 | 35 | 63,6 | 17 | 60,7 | 0,898 |
| Soro reidratante | 129,2 | 84,4 | 56 | 80,0 | 47 | 85,5 | 25 | 89,3 | 0,481 |
| Insulina | 30,4 | 20,0 | 10 | 14,5 | 12 | 21,8 | 7 | 25,0 | 0,398 |

Fonte: Elaboração própria

Legenda: GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

OBS 2: Quando houve valores perdidos (*missing*), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

Quadro 1. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco segundo critérios avaliativos do componente estrutura, por porte populacional, 2009

| COMPONENTE ESTRUTURA | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|---|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Equipes que possuem, pelo menos, 90% dos instrumentos/ equipamentos | 27,0 | 17,5 | 15 | 21,1 | 8 | 14,5 | 5 | 17,9 | 0,636 |
| Equipes que possuem, no mínimo, 2 materiais educativos | 137,9 | 89,6 | 66 | 93,0 | 47 | 85,5 | 26 | 92,9 | 0,325 |
| Equipes que possuem, pelo menos, 70% da estrutura física em boas condições de uso | 85,7 | 55,7 | 31 | 43,7 | 32 | 58,2 | 20 | 71,4 | 0,032 |
| Equipes que possuem 100% das vacinas em quantidade suficiente | 114,5 | 74,3 | 50 | 70,4 | 45 | 81,8 | 18 | 64,3 | 0,173 |
| Equipes que possuem, pelo menos, 90% dos medicamentos essenciais em quantidade suficiente | 50,7 | 32,9 | 26 | 36,6 | 15 | 27,3 | 11 | 39,3 | 0,432 |
| Equipes que cumprem 3 dos critérios acima | 95,0 | 61,7 | 29 | 40,8 | 38 | 69,1 | 23 | 82,1 | 0,000 |
| Equipes que cumprem todos os critérios acima | 8,6 | 5,6 | 2 | 2,8 | 3 | 5,5 | 3 | 10,7 | 0,279 |

Fonte: Elaboração própria

Legenda: GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

Quadro 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco segundo critérios avaliativos do componente recursos humanos, por porte populacional, 2009

| COMPONENTE RECURSOS HUMANOS | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|--|--------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Equipe mínima completa | 128,8 | 83,6 | 59 | 83,1 | 44 | 80,0 | 26 | 92,9 | 0,317 |
| Possui treinamento introdutório ao Saúde da Família? | 96,4 | 63,9 | 57 | 81,4 | 29 | 53,7 | 15 | 55,6 | 0,002 |
| Possui curso de aperfeiçoamento, especialização, residência, mestrado ou doutorado em Saúde Pública? | 82,9 | 53,8 | 44 | 62,0 | 27 | 49,1 | 14 | 50,0 | 0,293 |
| Possui treinamento em áreas estratégicas? | 110,8 | 73,9 | 52 | 76,5 | 40 | 74,1 | 19 | 67,9 | 0,858 |
| Forma de vínculo "concurso" dos profissionais da equipe | 36,4 | 24,1 | 28 | 41,2 | 5 | 9,1 | 8 | 28,6 | 0,001 |
| Equipes que cumprem 3 dos critérios acima | 101,0 | 65,6 | 58 | 81,7 | 32 | 58,2 | 15 | 53,6 | 0,004 |
| Equipes que cumprem todos os critérios acima | 8,3 | 5,4 | 8 | 11,3 | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 0,039 |

Fonte: Elaboração própria

Legenda: GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

OBS 3: Considerou-se o mínimo de 4 áreas estratégicas (AIDPI; Diabetes; Hipertensão; DST/Aids; Hanseníase;

Tuberculose; Saúde do Trabalhador; Saúde da Mulher)

9 ARTIGO 2 - A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES POR PORTE POPULACIONAL

The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation process of work teams by population size

Fernando Castim Pimentel ¹

Paulette Cavalcanti de Albuquerque ²

Wayner Vieira de Souza ³

¹ Aluno do curso de Doutorando em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. nandocastim@yahoo.com.br

² Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. paulette.cavalcanti@gmail.com

³ Doutor em Saúde Pública. Tecnologista sênior do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. wayner@cpqam.fiocruz.br

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Observatório de Recursos Humanos/ Departamento de Saúde Coletiva/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM.

Av. Prof. Moraes Rego, s/nº. Cidade Universitária. CEP 50040-010. Recife, PE – Brasil.

E-mail: nandocastim@yahoo.com.br

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família do Estado de Pernambuco por porte populacional no ano de 2009. Foram aplicados questionários estruturados a 154 equipes de 24 municípios e avaliados itens referentes à organização da equipe, articulação com a comunidade e a programas específicos. Os resultados mostraram que as equipes dos municípios de maior porte se destacaram dos demais

quanto à existência de pelo menos 1 grupo temático e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher. Entretanto, de uma forma geral, as equipes apresentaram dificuldades para realizar várias ações, sendo necessário capacitar os profissionais, a fim de desenvolverem suas práticas conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; programa saúde da família; avaliação de serviços de saúde; avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the process of work of health teams in the state of Pernambuco family population size in the year 2009 structured questionnaires to 154 teams of 24 municipalities assessed and items related to the organization of the team were applied to the joint community and to specific programs. The results showed that teams of larger municipalities stood out from the others as the existence of at least one thematic group and completing the registration books of tuberculosis and leprosy. The municipalities of smaller stocks outperformed the host, active search-risk adolescents and into the actions of women's health. However, in general, the teams had difficulties to perform various actions, it is necessary to train professionals in order to develop their practices as recommended by the National Primary Care Policy.

Keywords: primary health care; family health program; evaluation of health services; process assessment (health care).

INTRODUÇÃO

Com a criação da Estratégia de Saúde da Família - ESF, o Ministério da Saúde aspirava a reorientar a forma de atuação e a organização geral dos serviços ¹, consolidando-a nos pequenos e médios municípios e ampliando nos grandes centros urbanos ². Essa estratégia abrange atualmente mais de 32 mil equipes presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendem a cerca de 102 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura de 53,74% da população brasileira ³.

Em 28 de março de 2006, surgiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria nº 648, a qual visava a reforçar os objetivos desta estratégia: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivar a integralidade seja através da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação ⁴. Atualmente, a ESF é regulada pela portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 ⁵.

Segundo essa política, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁵.

Dentre as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, estão a programação e implementação das atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções segundo critérios de frequência, risco e vulnerabilidade; desenvolver ações que priorizem os grupos de risco; realizar o acolhimento com escuta qualificada; realizar atenção à saúde na unidade básica de saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população; apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, dentre outras ações⁵.

Vale ressaltar que o processo de implantação da estratégia não ocorreu da mesma forma nos pequenos, médios e grandes municípios brasileiros. Alguns autores destacam as dificuldades dos grandes municípios em implantar eficazmente a ESF em seu território⁶⁻⁸. Em poucos municípios com sistemas de saúde complexos, a ESF foi introduzida como a estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente, pois, na grande maioria das cidades de médio e grande porte, persistem as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias⁹.

Para estudar esses e outros aspectos relacionados à Estratégia Saúde da Família, a temática da avaliação tem sido bastante utilizada. A concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian¹⁰ classifica os componentes básicos em: Estrutura, Processo e Resultado, sendo o processo, foco deste trabalho, o componente que representa o conjunto de atividades desenvolvidas pelas equipes. Esse enfoque facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação¹¹, além de apresentar uma boa compatibilidade com os programas e serviços de saúde¹².

Assim, considerando o processo de trabalho como um aspecto relevante na assistência à saúde da população, podendo variar de acordo com o porte populacional do município, este

artigo tem como objetivo avaliar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família do Estado de Pernambuco por porte populacional no ano de 2009.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, em que foi analisado o processo de trabalho das equipes de saúde da família no estado de Pernambuco, através da utilização do banco de dados da pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, realizada no ano de 2009, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq (Edital MCT/CNPq Universal N°. 15/2007, faixa B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (n° 129/2008) em 04 de dezembro de 2008.

O Estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios. Segundo estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE para 2009 (ano de realização das entrevistas), Pernambuco tem uma população de 8.810.318 habitantes, da qual 89,2% cobertas pela atenção primária à saúde, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas unidades de saúde da família ou unidades básicas de saúde que possuem população cadastrada e acompanhada pelos agentes comunitários de saúde a elas vinculados. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (Datasus), o estado contava com 1848 equipes de saúde da família, à época da realização da pesquisa ¹³.

A população de estudo foi composta pelas equipes de saúde da família do estado de Pernambuco, em que uma amostra foi calculada para estimar uma proporção de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as equipes de saúde da família foram sorteadas aleatoriamente e distribuídas, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários em 24 municípios do estado. Assim, deveriam ser aplicados 55 questionários nos municípios de grande porte, 69 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte.

Foi selecionado um informante-chave de cada equipe para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios como ser

integrante da equipe há pelo menos um ano e conhecer as atividades desenvolvidas, garantindo, assim, uma melhor qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente em uma equipe selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lo. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta (questionário). A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos à estrutura oferecida às equipes favoreceram uma avaliação mais fidedigna do modelo de atenção desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

Utilizaram-se questionários estruturados que, posteriormente, foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.3, formando-se então um banco de dados com informações sobre as equipes de saúde da família participantes.

Para efeitos deste trabalho, as variáveis foram divididas em três componentes: organização das ações internas, articulação com a comunidade e programas específicos.

O componente *organização das ações internas* é composto pelas variáveis: a) utilizou o mapa para demarcar áreas de risco ou organizar o atendimento; b) organização do prontuário através do envelope familiar; c) realizou diagnóstico de área com identificação de grupos de risco; d) A unidade possui sala de situação atualizada mensalmente; e) a equipe analisou os dados do SIAB e realizou alguma ação em função dessa análise; f) a equipe se reúne mensalmente para consolidação dos dados do SIAB; g) a organização do atendimento clínico considera os pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico; h) realiza acolhimento com garantia de atendimento imediato ou escuta com encaminhamento; i) realiza atendimento de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina.

O componente *articulação com a comunidade* é composto pelas variáveis: a) a ESF possui profissional membro do CMS ou participa de reuniões regularmente; b) há grupo gestor na unidade com participação da comunidade; c) a unidade faz uso de terapias complementares como plantas medicinais, massagem, homeopatia acupuntura, outros; d) há ações sistemáticas de educação em saúde em creches/escolas; e) há ações sistemáticas de promoção à saúde associações de bairro, abrigos, orfanatos; f) há parcerias da USF com organizações civis como sindicatos, organizações religiosas, ONG ou movimentos sociais; g) a ESF participa de outras práticas com a comunidade como: artesanato, caminhada, dança, festas, campanhas educativas, atividades recreativas, estimula ações de empregabilidade, outros; h) grupos programáticos existentes na unidade.

Por fim, o componente *programas específicos* foi composto por itens relativos aos seguintes programas: a) Saúde da Mulher; b) Saúde da Criança; c) Saúde do Adolescente; d) Controle e prevenção de DST; e) Controle da tuberculose; f) Eliminação da hanseníase; g) Saúde da Pessoa com Deficiência; h) Saúde do Idoso; i) Assistência ao paciente hipertenso e diabético.

Para a análise dos dados por porte populacional, foram utilizadas informações demográficas e, para isso, foram coletadas informações do IBGE referentes à população residente no ano de estudo. Para este estudo, considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte o município que possuir entre 20 mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

A alocação da amostra do estudo foi baseada na proporção de equipes de saúde da família existentes em Pernambuco, distribuída por porte populacional. Entretanto, ao final da coleta dos dados, devido a limitações técnicas e financeiras para visita a alguns municípios, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada estrato de porte populacional, o número de questionários previstos pelo número de questionários aplicados (tabela 1). Esse fator foi de grande importância na apresentação dos resultados, a fim de que o total fosse expresso com a devida correção.

A análise dos questionários permitiu verificar diferenças entre o processo de trabalho realizado pelas equipes e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fisher para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info versão 6.04.

RESULTADOS

Através da tabela 2, foi possível identificar algumas ações realizadas pela maioria das equipes como organização do prontuário familiar (93,2%), realização de diagnóstico da população com identificação dos grupos de risco (86%) e realização do acolhimento (79,3%). Entretanto, também foram observadas ações realizadas em menor frequência, como por exemplo, consolidação dos dados do SIAB com a equipe (21,8%), análise/ação com base no SIAB (26,1%), sala de situação atualizada (38,7%) e realização de alguns procedimentos de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina (38,9%).

Quanto à distribuição por porte, não houve diferença estatística significativa, exceto pela ação de acolhimento realizada principalmente pelos municípios de pequeno porte ($p=0,035$). Vale ressaltar que 57,2% das equipes realizaram no mínimo 5 das ações destacadas e nenhuma delas conseguiu realizar todas as ações elencadas nesse eixo.

Quanto à articulação comunitária (tabela 3), a ação mais citada pelas equipes foi a realização de ações sistemáticas de educação em saúde (89,9%). Ações como presença de grupo gestor na unidade com participação da comunidade (17,3%), participação dos profissionais no Conselho Municipal de Saúde (33,4%), o uso de terapias complementares (35,1%) e ações de promoção à saúde em associações de bairro, abrigos e orfanatos (39,7%) foram citadas com menor frequência pelas equipes. A avaliação do cumprimento de todos os itens desse eixo evidenciou que 46,1% das equipes realizaram no mínimo 4 itens e apenas 3% conseguiu cumprir todos os itens.

Ainda na tabela 3, constatou-se que as equipes que possuíam pelo menos 1 grupo temático foram mais presentes nos municípios de grande porte com diferença estatisticamente significativa ($p=0,031$).

Ao analisar o componente dos programas específicos (tabela 4), pode-se observar que, em geral, as equipes realizavam as ações elencadas, mas quando observado o conjunto das ações, esses percentuais reduziam-se bastante, como se observou nas ações de saúde da mulher: percentuais elevados de cumprimento das ações pelas equipes, entretanto, apenas 58,4% delas cumpriam todas as ações. Para este programa, também se observou diferença significativa entre os portes, com maior percentual observado nos municípios de pequeno porte ($p=0,004$).

Em outros programas, também não se evidenciaram altos percentuais de cumprimento das ações pelas equipes, a exemplo de saúde do adolescente (40,1%), saúde da pessoa com deficiência (60,8%) e saúde da criança (63,8%), todos sem diferença estatística significativa.

Para os programas de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, constatou-se que as ações desses programas foram realizadas com maior frequência pelas equipes dos municípios de grande porte, quando comparadas às equipes dos municípios de médio e pequeno portes ($p=0,059$ e $0,008$, respectivamente).

Outro ponto evidenciado foi referente às ações dos programas de saúde do idoso e Hipertensão, cujas equipes apresentaram elevado percentual de cumprimento, sem diferença significativa entre os portes. Devido a isso, eles não foram incluídos na tabela 4.

DISCUSSÃO

COMPONENTE ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES INTERNAS

Este componente destaca ações de grande importância para o planejamento e organização da atenção à saúde da população, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica⁵.

Uma dessas ações é a utilização do mapa da área de abrangência, fundamental para o planejamento e execução das ações, pois o processo de conhecimento do território incluso na rotina de trabalho das equipes de saúde da família tem por finalidade a prevenção de aparecimentos de danos evitáveis, e desenvolvimento de ações focalizadas para fatores de risco sociais, ambientais, comportamentais e alimentares⁵. Neste trabalho, essa prática foi citada por pouco mais da metade das equipes (52,8%), semelhante aos resultados encontrados em outras pesquisas como a de Sarti et al.¹⁴, a qual avaliou a implementação de ações das equipes de saúde da família do Espírito Santo e observou que 55,8% delas trabalham com mapa de sua área de abrangência. Constatou-se ainda, em pesquisa realizada em nível nacional para avaliar a implantação do programa saúde da família que, em 1999, a utilização de mapas, ferramenta que expressa a apropriação do território e auxilia o processo de trabalho das equipes, ocorreu em pouco mais da metade das equipes de saúde da família e em cerca de 40% das equipes de saúde bucal¹⁵.

Além disso, a atualização da sala de situação, o diagnóstico com a identificação de grupos de risco, assim como a organização do atendimento com base nesse levantamento são características importantes do processo de trabalho das equipes de atenção básica⁵. Essa pesquisa mostrou que 86% das equipes informaram realizar tal diagnóstico, mas apenas 42,8% afirmaram organizar o atendimento considerando pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico. No Espírito Santo, 42,5% das equipes realizam o diagnóstico da situação de saúde da população¹⁴ e, em pesquisa com o objetivo de analisar o contexto da ESF nos municípios da ARS Oeste II de Goiás, observou-se que 18(56,3%) dos entrevistados disseram que o diagnóstico de área é sempre ou quase sempre realizado para identificar os problemas mais frequentes da população¹⁶.

Quanto à forma de organização das fontes de informação, constatou-se que 93,2% das equipes utilizavam envelope familiar em substituição ao prontuário individual, o que corrobora com outros estudos, os quais encontraram percentuais de 72,2%¹⁴ e 92,8%¹⁷.

Conforme orienta o Ministério da saúde, é de responsabilidade dos municípios “alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos”⁵. A importância do sistema de informação da atenção básica está no fato de poder planejar e realizar ações mais estratégicas com base em informações consistentes e, para isso, também é fundamental a consolidação desses dados pela equipe. Entretanto, essa realidade não foi evidenciada nesse estudo. Sarti et al.¹⁴ constataram que 57,8% das equipes do Espírito Santo utilizam o SIAB para planejar suas ações, enquanto que Oliveira e Bezerra¹⁶ encontraram que a consolidação dos dados nas equipes do Oeste de Goiás nunca ou raramente é realizada em conjunto.

O acolhimento do usuário nas equipes foi um item frequentemente citado nos questionários e o único, dentro do componente organização das ações, que demonstrou diferença entre os portes populacionais, apresentando-se mais frequentemente nos municípios de pequeno porte, talvez pela menor demanda ou maior proximidade dos usuários a esses serviços. Entretanto, Camargo Jr et al.¹⁸, em estudo realizado em 31 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, evidenciaram que o acolhimento, enquanto política de governo, esteve presente em 7 (22,58%) dos municípios e ausente em 24 (77,42%). Souza et al.¹⁹ realizou uma pesquisa em três capitais do Nordeste, constatando que os usuários descontentes com o agendamento da unidade e a acolhida na recepção, os profissionais referiram vivenciar situações estressantes para dar conta do dilema de atender à excessiva demanda.

COMPONENTE ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

A articulação da equipe de saúde da família com a comunidade ainda é um grande desafio a ser superado em muitos municípios. Foi possível perceber, neste trabalho, a dificuldade das equipes em participar de reuniões regularmente com o conselho de saúde (33,4%), formar grupo gestor na unidade com participação da comunidade (17,3%) e realizar ações sistemáticas de promoção à saúde em associações de bairro, abrigos, orfanatos e outros espaços comunitários (39,7%). Outros estudos também evidenciaram dificuldades na realização de ações com a comunidade como a baixa participação dos profissionais das equipes nas reuniões do conselho municipal de saúde¹⁴ e baixa participação em grupos e instituições locais, com vistas à resolução dos problemas, revelando a ausência de atividades participativas com a comunidade²⁰. Crevelim e Peduzzi²¹ apontaram em suas pesquisas

realizadas na cidade de São Paulo que a participação da comunidade está prevista desde o diagnóstico da situação de saúde e planejamento das atividades da equipe como nos Conselhos Gestores e Populares.

O baixo percentual de equipes que desenvolvem práticas complementares (35,1%) demonstra que ações como Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, dentre outras contidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), necessita ser incorporada à prática das equipes, pois, ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS²².

Dentre outras atividades desenvolvidas com a comunidade, talvez a mais frequente seja a realização de grupos temáticos. Comparando a realização dessas ações nas equipes de saúde da família e em unidades de saúde tradicionais em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste, Facchini et al.²³ constataram que as ações programáticas para o cuidado integral e as atividades de grupo foram significativamente mais frequentes no Saúde da Família do que no modelo Tradicional.

Um estudo qualitativo realizado em Cuiabá²⁴ demonstrou que os grupos comumente realizados entre as equipes são os hipertensos e diabéticos, gestantes e idosos. Os grupos de adolescentes e saúde mental são os menos realizados, corroborando com o presente estudo, o qual destacou os grupos Hipertensão e gestantes. Percebe-se que os grupos temáticos seguem em programas verticalizados preconizados na Atenção Primária, sem levar em consideração a prioridade de risco e diagnóstico da comunidade e ainda apresenta centrada na doença, e na condição do doente, o que denota em práticas reducionistas e fragmentadas com enfoque na doença e tratamento, persistindo o desafio de estruturar a integralidade da atenção²⁴⁻²⁵.

COMPONENTE PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Dentre os itens avaliados, referentes à Saúde da Mulher, a grande maioria foi citada por 90% das equipes, exceção às consultas ginecológicas (70,1%) e de pré-natal (78,5%) realizadas pelo médico. Entretanto, o conjunto de ações somente foi realizado por 58,4% das equipes, sendo mais comumente realizado pelas equipes dos municípios de pequeno porte.

Outros autores demonstraram um bom grau de implantação das ações dirigidas às mulheres, como consultas de pré-natal, exames preventivos (Papanicolau), suplementação nutricional e ações educativas²⁰. Entretanto, segundo Niquini et al.²⁶, ao avaliar o processo

da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro, observaram que houve uma baixa valorização do acompanhamento do estado nutricional da gestante e do seu ganho de peso, baixo preenchimento do gráfico do índice de massa corporal - IMC por semana gestacional e dos campos referentes à presença de edema.

Também se observou que as ações referentes à saúde da criança foram executadas pela maior parte das equipes, com destaque para o monitoramento das “crianças de risco”, atendimento e orientação aos casos de diarreia, fornecimento de sulfato ferroso para crianças de 6 a 24 meses e vit. A para crianças de 6 a 59 meses, além da referência para triagem neonatal. Canesqui e Spinelli ²⁰ destacaram que ações voltadas à população infantil como consultas médicas e imunizações apresentaram um bom grau de implantação no estado do Mato Grosso.

Dentre os programas avaliados, a saúde do adolescente apresentou os menores percentuais, considerando a busca ativa de adolescentes de risco, o desenvolvimento de atividades sobre prevenção de drogas e desenvolvimento de atividades sobre sexualidade e prevenção de gravidez precoce. Segundo Almeida et al. ²⁷, temáticas diversas, tais como sexualidade, drogas, violência, saúde do adolescente, a este público alvo gera grandes mudanças, devido a uma transversalidade de abordagens educativas, e que a articulação com as escolas fortalece as ações e o trabalho intersetorial e multidisciplinar.

Assim como neste trabalho, Canesqui e Spinelli ²⁰ encontraram um bom grau de implantação das atividades voltadas para hipertensos e diabéticos, principalmente em relação às consultas médicas. Entretanto, Costa, Silva e Carvalho ²⁸ observaram, em estudo realizado em Pernambuco, que as ações de prevenção destinadas à população em geral visando à prevenção da hipertensão arterial e seus fatores de risco eram desenvolvidas apenas por uma pequena parcela das equipes de Saúde da Família.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose preconiza como uma das estratégias de erradicação da doença interromper a cadeia de transmissão mediante a descoberta e o tratamento de casos de tuberculose bacilíferos. Para que esse objetivo seja atingido, torna-se essencial que se diagnostique o maior número possível de casos e que esses pacientes concluam o tratamento ²⁹. Em alguns municípios do estado do Mato Grosso, constatou-se que 80% dos entrevistados atribuíram grau bom de implantação às atividades de controle da tuberculose: consulta médica, notificação compulsória e busca ativa dos faltosos ²⁰, corroborando com os resultados do presente estudo, o qual também demonstrou menor percentual nos municípios de pequeno porte, principalmente quanto ao preenchimento do livro de registros.

Para as ações de erradicação da hanseníase, foram encontrados resultados semelhantes às ações de controle da tuberculose, em que a quase totalidade das equipes informaram realizar a captação dos sintomáticos dermatológicos, exame de comunicantes e busca aos pacientes faltosos, mas encontravam dificuldade para o preenchimento do livro de registro. Outros autores atribuíram o grau bom de implementação às seguintes atividades em municípios do Mato Grosso: busca ativa dos casos, consultas médicas e notificação compulsória, além de graus regular e baixo para as atividades de prevenção das incapacidades físicas, investigação dos contatos e ação educativa²⁰. Entretanto, para alcançar os objetivos do Política Nacional de Eliminação da Hanseníase - PNEH, é necessário assegurar que as atividades de controle estejam descentralizadas e executadas pela atenção básica³⁰.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao seu desenho do tipo transversal, o qual não permite estabelecer relações entre causa e efeito, o que limita a interpretação dos resultados. Outra limitação refere-se ao fato de que as informações utilizadas para se avaliar as equipes eram autorreferidas, não sendo possível, assim, comprovar a veracidade das informações fornecidas, tendo em vista que as informações não eram complementadas pelos pesquisadores através da observação *in loco* da unidade.

Do total de 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e tem tido acesso a recursos próprios na estruturação da Estratégia Saúde da Família, através do PROESF, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos, etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal. Assim, esperava-se que as equipes dos municípios de grande porte apresentassem melhores resultados devido aos investimentos do PROESF, entretanto, foram observadas poucas diferenças nas ações realizadas pelas equipes dos diferentes portes populacionais.

Henrique e Calvo⁷, avaliando o grau de implantação de municípios catarinenses, demonstraram que os municípios maiores apresentaram-se melhor classificados quanto ao processo de trabalho, quando comparados aos municípios com menos de 20 mil habitantes. Outros autores constataram a obtenção de boas práticas por parte das equipes, sobretudo nos municípios de pequeno porte³¹⁻³², apesar dessas práticas, muitas vezes, apresentarem-se limitadas devido à ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de

serviços assistenciais, predominando o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas.

CONCLUSÃO

Dessa forma, constatou-se, no presente estudo, que as práticas de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família pouco variaram entre os portes municipais. As equipes dos municípios de maior porte se destacaram quanto à existência de pelo menos 1 grupo temático na equipe e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher.

Além disso, na articulação comunitária, também foram encontradas dificuldades no desempenho de várias práticas, essenciais para a criação de vínculo com os usuários.

Assim, é necessário investir na qualificação dos recursos humanos dos diferentes municípios do estado de Pernambuco, a fim de reduzir muitas das diferenças encontradas na prática das equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(sup): 297-302.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
3. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União; 2006a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
6. Campos FE, Aguiar RAT, Oliveira VB. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*. 2002; 12: 47-58.

7. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(supl.1): 1359-1365.
8. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14 (Supl 1): 1325-1335.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custos e Formas de Financiamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Donabidiano A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743-1748.
11. Samico I et al. (Orgs.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
12. Aguilar MJ, Ander-Egg E. *Avaliação de programas e serviços sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 1994
13. Brasil. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Datasus; 2009.
14. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3): 537-548.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
16. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(1): 20-25.
17. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, Scatena LM. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(2): 207-216.
18. Camargo Jr KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1): 58-68.
19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (Sup 1): 100-110.
20. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(9): 1881-1892.

21. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 321-331.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
23. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 669-681.
24. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiros & Grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare enferm*. 2006; 11(2): 143-149.
25. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2009; 12: 293-301.
26. Niquini RP, Bittencourt AS, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10): 2805-2816.
27. Almeida JRS, Oliveira NC, Moura ERFM, Sabóia VPA, Mota MV, Pinho LGM. Oficinas de promoção de saúde com adolescentes: relato de experiência. *Rev Rene*. 2011; 12 (n.esp.): 1052-1058.
28. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(2): 623-633.
29. Costa JSDC, Gonçalves H, Menezes AMB, Devens E, Piva M, Gomes M et al. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(2): 409-415.
30. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vancelow NA. Primary care: America's health in a new era. Washington: National Academy Press; 1996.
31. Sousa MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*. 2003; 27(65): 257-277.

Tabela 1. Distribuição das equipes de saúde da família no Estado de Pernambuco, Brasil (agosto de 2008), por porte populacional dos municípios segundo questionários aplicados e fator de correção.

| Porte populacional dos municípios | ESF em PE | | Questionários previstos | Questionários aplicados | | Fator de ponderação |
|-----------------------------------|-----------|-------|-------------------------|-------------------------|-------|---------------------|
| | N | % | N | N | % | |
| Grande | 652 | 35,3 | 55 | 71 | 46,1 | 0,77 |
| Médio | 832 | 45,0 | 69 | 55 | 35,7 | 1,26 |
| Pequeno | 364 | 19,7 | 30 | 28 | 18,2 | 1,08 |
| Total | 1848 | 100,0 | 154 | 154 | 100,0 | |

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo organização das ações. 2009.

| AÇÕES INTERNAS DA EQUIPE | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|--|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Utilizou o mapa para demarcar áreas de risco ou organizar o atendimento | 81,3 | 52,8 | 35 | 49,3 | 32 | 58,2 | 13 | 46,4 | 0,497 |
| Organização do prontuário através do envelope familiar | 143,6 | 93,2 | 67 | 94,4 | 49 | 89,1 | 28 | 100,0 | 0,150 |
| Realizou diagnóstico de área com identificação de grupos de risco | 132,5 | 86,0 | 61 | 85,9 | 49 | 89,1 | 22 | 78,6 | 0,431 |
| A unidade possui sala de situação atualizada mensalmente | 59,5 | 38,7 | 28 | 39,4 | 25 | 45,5 | 6 | 21,4 | 0,100 |
| A equipe analisou os dados do SIAB e realizou alguma ação em função dessa análise. | 40,2 | 26,1 | 16 | 22,5 | 17 | 30,9 | 6 | 21,4 | 0,491 |
| A equipe se reúne mensalmente para consolidação dos dados do SIAB | 33,6 | 21,8 | 17 | 23,9 | 12 | 21,8 | 5 | 17,9 | 0,804 |
| A organização do atendimento clínico considera os pacientes de risco ou identificados no levantamento epidemiológico | 65,9 | 42,8 | 29 | 40,8 | 26 | 47,3 | 10 | 35,7 | 0,572 |
| Realiza acolhimento com garantia de atend. imediato ou escuta com encaminhamento | 122,1 | 79,3 | 52 | 73,2 | 42 | 76,4 | 27 | 96,4 | 0,035 |
| Realiza atendimento de urgência como sutura, drenagem de abscesso e aplicação de penicilina benzatina | 60,0 | 38,9 | 29 | 40,8 | 17 | 30,9 | 15 | 53,6 | 0,131 |
| Equipes que realizam pelo menos 5 dos itens acima | 88,1 | 57,2 | 41 | 57,7 | 32 | 58,2 | 15 | 53,6 | 0,914 |
| Equipes que realizam todos os itens acima | 0,0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1,000 |

Fonte: elaborado pelos autores. **Legenda:** GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais.

Tabela 3. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo articulação com a comunidade. 2009.

| ARTICULAÇÃO COMUNITÁRIA | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|---|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| A ESF possui profissional membro do CMS ou participa de reuniões regularmente | 51,4 | 33,4 | 24 | 33,8 | 15 | 27,3 | 13 | 46,4 | 0,218 |
| Há grupo gestor na unidade com participação da comunidade | 26,6 | 17,3 | 13 | 18,3 | 8 | 14,5 | 6 | 21,4 | 0,718 |
| A unidade faz uso de terapias complementares como plantas medicinais, massagem, homeopatia acupuntura, outros | 54,1 | 35,1 | 20 | 28,2 | 23 | 41,8 | 9 | 32,1 | 0,270 |
| Há ações sistemáticas de educação em saúde em creches/escolas | 138,5 | 89,9 | 62 | 87,3 | 48 | 87,3 | 28 | 100,0 | 0,137 |
| Há ações sistemáticas de promoção à saúde associações de bairro, abrigos, orfanatos | 61,1 | 39,7 | 31 | 43,7 | 21 | 38,2 | 10 | 35,7 | 0,711 |
| Há parcerias da USF com organizações civis como sindicatos, organizações religiosas, ONG ou movimentos sociais | 97,4 | 63,3 | 55 | 77,5 | 30 | 54,5 | 16 | 57,1 | 0,016 |
| A ESF participa de outras práticas com a comunidade como: artesanato, caminhada, dança, festas, campanhas educativas, atividades recreativas, estimula ações de empregabilidade, outros | 81,4 | 52,8 | 36 | 50,7 | 34 | 61,8 | 10 | 35,7 | 0,076 |
| Há pelo menos 1 grupo temático na unidade | 132,1 | 85,8 | 65 | 91,5 | 48 | 87,3 | 20 | 71,4 | 0,031 |
| Equipes que realizam pelo menos 4 dos itens acima | 99,2 | 64,4 | 54 | 76,1 | 32 | 58,2 | 16 | 57,1 | 0,058 |
| Equipes que realizam todos os itens acima | 1,3 | 0,8 | 0 | 0,0 | 1 | 1,8 | 0 | 0,0 | 0,539 |

Fonte: elaborado pelos autores.

Legenda: GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte, CMS=Conselho Municipal de Saúde

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação.

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais.

Tabela 4. Distribuição das equipes de saúde da família dos municípios do Estado de Pernambuco por porte populacional, segundo programas específicos. 2009.

| PROGRAMAS ESPECÍFICOS | TOTAL (154) | | GP (71) | | MP (55) | | PP (28) | | p-value |
|--|--------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| SAÚDE DA MULHER | 90,0 | 58,4 | 39 | 54,9 | 27 | 49,1 | 24 | 85,7 | 0,004 |
| Realiza coleta de material para citologia oncológica | 140,4 | 91,1 | 71 | 100,0 | 44 | 80,0 | 28 | 100,0 | 0,000 |
| Realiza consulta ginecológica (médico) | 108,0 | 70,1 | 51 | 71,8 | 34 | 61,8 | 24 | 85,7 | 0,074 |
| Orienta e examina as mamas durante a consulta | 148,9 | 96,7 | 69 | 97,2 | 52 | 94,5 | 28 | 100,0 | 0,591 |
| Realiza consulta de pré-natal (médico) | 120,9 | 78,5 | 52 | 73,2 | 41 | 74,5 | 27 | 96,4 | 0,033 |
| Avalia o estado nutricional da gestante | 147,8 | 96,0 | 66 | 93,0 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,292 |
| Realiza visita domiciliar em até 15 dias após o parto | 149,4 | 97,0 | 68 | 95,8 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,717 |
| SAÚDE DA CRIANÇA | 98,2 | 63,8 | 45 | 63,4 | 35 | 63,6 | 18 | 64,3 | 0,996 |
| Acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança (consulta médica) | 123,8 | 80,4 | 56 | 78,9 | 46 | 83,6 | 21 | 75,0 | 0,624 |
| Faz o monitoramento das “crianças de risco” | 150,9 | 98,0 | 70 | 98,6 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,588 |
| Atende e orienta os casos de diarreia | 150,9 | 98,0 | 70 | 98,6 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,588 |
| Fornecer sulfato ferroso p crianças de 6 a 24 meses e vit. A para crianças de 6 a 59 meses | 142,7 | 92,7 | 64 | 90,1 | 51 | 92,7 | 27 | 96,4 | 0,566 |
| Desenvolve ações para IRA e ASMA | 123,6 | 80,3 | 57 | 80,3 | 41 | 74,5 | 26 | 92,9 | 0,137 |
| Referencia para triagem neonatal | 141,4 | 91,8 | 67 | 94,4 | 49 | 89,1 | 26 | 92,9 | 0,543 |
| SAÚDE DO ADOLESCENTE | 61,8 | 40,1 | 26 | 36,6 | 22 | 40,0 | 13 | 46,4 | 0,666 |
| Realiza busca ativa de adolescentes de risco | 83,2 | 54,0 | 36 | 50,7 | 26 | 47,3 | 21 | 75,0 | 0,043 |
| Desenvolve atividades sobre prevenção de drogas | 74,6 | 48,4 | 33 | 46,5 | 27 | 49,1 | 14 | 50,0 | 0,934 |
| Desenvolve atividades sobre sexualidade e prevenção de gravidez precoce | 107,7 | 70,0 | 45 | 63,4 | 40 | 72,7 | 21 | 75,0 | 0,393 |
| CONTROLE E PREVENÇÃO DE DST | 113,3 | 73,6 | 56 | 78,9 | 36 | 65,5 | 23 | 82,1 | 0,138 |
| Garante distribuição de preservativos | 147,1 | 95,5 | 65 | 91,5 | 53 | 96,4 | 28 | 100,0 | 0,189 |
| Garante à gestante exames VDRL e anti-HIV | 140,7 | 91,3 | 63 | 88,7 | 50 | 90,9 | 27 | 96,4 | 0,487 |
| Realiza diagnóstico e tratamento dos portadores de DST | 117,7 | 76,4 | 60 | 84,5 | 37 | 67,3 | 23 | 82,1 | 0,058 |
| CONTROLE DA TUBERCULOSE * | 98,2 | 79,2 | 55 | 87,3 | 34 | 81,0 | 12 | 63,2 | 0,059 |
| Faz captação dos sintomáticos respiratórios | 110,7 | 89,3 | 58 | 92,1 | 37 | 88,1 | 18 | 94,7 | 0,653 |
| Realiza exame de comunicantes | 118,8 | 95,8 | 62 | 98,4 | 41 | 97,6 | 18 | 94,7 | 0,561 |
| Realiza busca aos pacientes faltosos | 118,1 | 95,2 | 61 | 96,8 | 41 | 97,6 | 18 | 94,7 | 0,643 |
| Possui “livro de registro” preenchido | 108,3 | 87,3 | 60 | 95,2 | 39 | 92,9 | 12 | 63,2 | 0,000 |
| ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE ** | 82,8 | 75,3 | 47 | 83,9 | 31 | 79,5 | 7 | 46,7 | 0,008 |
| Faz captação dos sintomáticos dermatológicos | 96,4 | 87,6 | 48 | 85,7 | 36 | 92,3 | 13 | 86,7 | 0,607 |
| Realiza exame de comunicantes | 104,6 | 95,1 | 54 | 96,4 | 38 | 97,4 | 14 | 93,3 | 0,615 |
| Realiza busca aos pacientes faltosos | 103,3 | 93,9 | 54 | 96,4 | 37 | 94,9 | 14 | 93,3 | 0,832 |
| Possui “livro de registro” preenchido | 94,8 | 86,2 | 53 | 94,6 | 36 | 92,3 | 8 | 53,3 | 0,000 |
| SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 93,7 | 60,8 | 38 | 53,5 | 34 | 61,8 | 20 | 71,4 | 0,243 |
| Registro das pessoas com deficiência | 118,5 | 76,9 | 51 | 71,8 | 44 | 80,0 | 22 | 78,6 | 0,534 |
| Encaminhamento para concessão de OPM | 109,6 | 71,2 | 46 | 64,8 | 40 | 72,7 | 22 | 78,6 | 0,350 |

Fonte: elaborado pelos autores.

* Neste caso, o N correspondeu às equipes (124) que atenderam a casos de tuberculose; ** Neste caso, o N correspondeu às equipes (110) que atenderam a casos de hanseníase.

Legenda:

GP=Grande Porte, MP=Médio Porte, PP=Pequeno Porte;

OPM=Órtese, Prótese e Meios aux. de locomoção.

10 ARTIGO 3 - A EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA E DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: COMPARATIVO ENTRE OS ANOS DE 1999 E 2009

The evolution of the Family Health Strategy in the state of Pernambuco: comparison between the years 1999 and 2009

Fernando Castim Pimentel ¹

Paulette Cavalcanti de Albuquerque ²

Wayner Vieira de Souza ³

¹ Aluno do curso de Doutorando em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. nandocastim@yahoo.com.br

² Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. paulette.cavalcanti@gmail.com

³ Doutor em Saúde Pública. Tecnologista sênior do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. Recife-PE, Brasil. wayner@cpqam.fiocruz.br

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Observatório de Recursos Humanos/ Departamento de Saúde Coletiva/ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM.

Av. Prof. Moraes Rego, s/nº. Cidade Universitária. CEP 50040-010. Recife, PE – Brasil.

E-mail: nandocastim@yahoo.com.br

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar a Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco, nos anos de 1999 e 2009, quanto à estrutura e ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, a fim de identificar avanços e dificuldades no modo de atenção à saúde da população. Para isso, foi utilizado o banco de dados relativo ao ano de 1999, que continha o universo das equipes (189) de Pernambuco e, no banco de 2009, utilizou-se uma amostra representativa das equipes do estado (154). As variáveis foram analisadas quanto à

organização, articulação comunitária, estrutura das equipes e programas específicos, através de teste de significância e análise por cluster. Os resultados evidenciaram o baixo cumprimento de várias ações relacionadas à estratégia, principalmente, quanto à participação social, à organização e avaliação das ações. Entretanto, observou-se uma evolução significativa na estrutura das equipes, com destaque para os materiais/equipamentos, vacinas e medicamentos essenciais. Por fim, a análise dos modos de atenção à população demonstrou que houve uma melhora significativa das ações preventivas, principalmente nas equipes com desempenhos mais elevados e intermediários (clusters 1 e 2, respectivamente).

Palavras-chave: atenção primária à saúde; programa saúde da família; avaliação de serviços de saúde; estrutura dos serviços; avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT

This study aims to assess the Family Health Strategy in the state of Pernambuco in 1999 and 2009, as the structure and work process developed by the teams in order to identify progress and difficulties in attention to people's health. For this, we used the database for the year 1999, which contained the universe of teams (189) of Pernambuco and, in 2009 bank, we used a representative sample of the state teams (154). The variables were analyzed for the organization, community liaison, team structure and programs, through significance testing and analysis by cluster. The results showed low compliance of various actions related to strategy, especially as social participation, organization and evaluation of actions. However, there were significant changes in the structure of teams, especially the materials / equipment, vaccines and essential drugs. Finally, the analysis of population to the attention of ways demonstrated that there was a significant improvement of preventive actions, especially in teams with higher performance and intermediaries (clusters 1 and 2, respectively).

Keywords: primary health care; family health program; evaluation of health services; structure of services; process assessment (health care).

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desenvolvida mediante as práticas de cuidado e gestão das equipes de saúde da família, comprometidas com a equidade e a integralidade da assistência à saúde^{1,2}. Considerada um modelo de Atenção Primária à Saúde – APS, a ESF tem como foco a unidade familiar e constitui a principal porta de entrada do usuário no sistema e o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, de modo a viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde^{3,4}.

Desde a sua criação, a Estratégia Saúde da Família abrange atualmente mais de 32 mil equipes presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendem a cerca de 102 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura de 53,74% da população brasileira². Outros estudos^{5,6} também observaram que a Estratégia Saúde da Família apresentou expansão acentuada no

número de suas equipes em todo o país. Entretanto, esse crescimento não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade⁷.

O crescimento da Estratégia de Saúde da Família, juntamente com o cenário de avanços e desafios, estimulou estudos, em todo o Brasil, sobre questões relacionadas à qualificação das equipes, às práticas adotadas e sua resolubilidade na atenção à saúde da população⁸.

Propostas como a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) foram apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2005 para subsidiar a tomada de decisão, oferecendo aos gestores municipais ferramentas de avaliação e gestão da qualidade da ESF^{9,10}. Já em 2011, como forma de ampliação do acesso e de melhoria da qualidade da Atenção Básica, foi proposto e implantado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), vinculado a estímulos financeiros e ao cumprimento de metas, mas com a garantia de um padrão de qualidade que seja comparável em todo o território brasileiro^{11,12}. Tais propostas geraram estudos os quais demonstraram que a qualidade auto-avaliada pelas equipes ainda se encontra em patamar não ideal, sendo necessárias melhorias em vários aspectos, desde o planejamento e avaliação das ações, até a participação popular e controle social^{8,13}.

Outros estudos também demonstram não só a infraestrutura precária das unidades de saúde^{14,15}, mas também evidenciaram questões relativas ao desenvolvimento das ações de saúde pelas equipes como a fragilidade na relação profissional-paciente, caracterizada pelo mecanicismo e voltada para a medicalização¹⁶. A divulgação desses e outros estudos são de grande importância, a fim de melhorar a qualidade da gestão e dos serviços de saúde, em especial da ESF. Segundo Takeda¹⁷, avaliação e qualidade são campos estreitamente relacionados, entendendo-se que, para conhecer a qualidade ou para melhorá-la, é necessário avaliá-la.

Assim, a evolução da Estratégia de Saúde da Família, ao longo dos anos, calcada por aspectos que priorizam as ações de proteção e promoção à saúde, a identificação das situações de risco na comunidade e assistência integral às famílias, foi também acompanhada por aspectos que não condizem com as bases dessa estratégia, acreditando-se que o modelo médico assistencial curativista ainda permanece enraizado hoje nos serviços de saúde, até mesmo nas equipes de saúde da família¹⁸. Essas práticas são um desafio para alguns profissionais da saúde e se fundamentam, ainda, na lógica da doença, em detrimento ao

atendimento integral e humanizado, pouco contribui para a transformação da realidade sanitária de uma população^{19,20}.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo avaliar a Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009, quanto à sua estrutura e processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, identificando avanços, dificuldades, assim como os modos de atenção à saúde ofertados à população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, no qual foram analisados a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde da família no estado de Pernambuco, nos anos de 1999 e 2009.

Para isso, foram utilizados dois bancos de dados: o primeiro corresponde à pesquisa intitulada “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família”, realizada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1999, momento da implantação de muitas equipes em nível nacional, sendo utilizadas as informações das equipes de saúde da família existentes no estado de Pernambuco; o segundo banco de dados corresponde à pesquisa “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios”, realizada no ano de 2009, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq (Edital MCT/CNPq Universal Nº. 15/2007, faixa B) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/FIOCRUZ (nº 129/2008) em 04 de dezembro de 2008.

O Estado de Pernambuco está dividido em 184 municípios, além do distrito de Fernando de Noronha. Segundo estimativas intercensitárias do IBGE em 1999, o estado apresentava uma população de 7.580.807 habitantes. Já em 2009, Pernambuco apresentava uma população de 8.810.318 habitantes, dos quais 89,2% cobertas pela atenção primária à saúde, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas unidades de saúde da família ou unidades básicas de saúde que possuem população cadastrada e acompanhada pelos agentes comunitários de saúde a elas vinculados²¹. Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, para esse ano, o estado contava com 1.848 equipes de saúde da família²².

A amostra de equipes para o ano de 1999 utilizou o universo das equipes (189) existentes no estado de Pernambuco na época da avaliação. Para o ano de 2009, foi calculada uma amostra significativa para todo o estado de Pernambuco, a fim de estimar uma proporção

de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as equipes de saúde da família foram sorteadas aleatoriamente e distribuídas, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários em 24 municípios do estado.

Sendo assim, foi possível comparar a estrutura e o processo de trabalho das equipes nos dois períodos, pois, em 1999, utilizou-se o universo das equipes (189) de Pernambuco e, em 2009, utilizou-se uma amostra representativa para o estado de Pernambuco (154). Entretanto, no banco de dados de 1999, duas equipes apresentaram os dados em branco, trabalhando-se então com os dados de 187 equipes.

Na primeira análise deste trabalho, as variáveis foram divididas em três eixos principais: organização e articulação comunitária; estrutura das equipes; e programas específicos. Abaixo seguem as variáveis que compõem cada eixo e suas respectivas pontuações.

O eixo *organização e articulação comunitária* é composto pelas variáveis:

- a) existência de mapa da área de abrangência (0 - não possui; 1 - possui);
- b) forma de organização do prontuário (0 - não possui; 0,5 - prontuário individual; 1 - prontuário familiar);
- c) análise dos dados do SIAB com realização de ações (0 - não analisou e não agiu; 0,5 - analisou, mas não agiu; 1 - analisou e agiu);
- d) realização de reuniões para discutir e programar o trabalho da equipe (0 - não; 0,25 - sem regularidade; 0,5 - mensalmente; 0,75 - quinzenalmente; 1 - semanal);
- e) participação em atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda (0 - não; 1 - sim);
- f) participação no Conselho Municipal de Saúde (0 - não participa e não é membro; 0,5 - participa, mas não é membro; 1 - participa e é membro);
- g) avaliação das ações com a participação da comunidade (0 - não avalia com a comunidade; 1 - avalia com a comunidade);
- h) Visita de supervisão da Coordenação Municipal (0 - nenhuma; 1 - nº de visitas/6);
- i) Participação de reunião com a Coordenação Municipal (0 - nenhuma; 1 - nº de visitas/6).

Para cada item do eixo *estrutura das equipes*, utilizou-se a seguinte pontuação: 0 - não possui; 1 - possui. Esse eixo é composto pelas variáveis: a) disponibilidade de materiais/equipamentos (estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, oftalmoscópio, termômetro, lanterna,

foco, aparelho de aerosol/nebulizador, balança adulto, balança infantil, material para pequena cirurgia, material para retirada de pontos, estetoscópio de pinard, sonar dopler, glicosímetro); b) disponibilidade de vacinas (BCG, antipólio, tríplice/DPT, toxoide tetânico, anti-hepatite B, tríplice viral / MMR, DT adulto); c) disponibilidade de materiais educativos (cartazes e folhetos, álbum seriado, TV e vídeos); d) disponibilidade de medicamentos essenciais (antibióticos, sulfato ferroso, contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A, antitérmicos, analgésicos, antiparasitários, hipoglicemiantes orais, antimicótico tópico, tuberculostáticos, medicamentos contra hanseníase).

Por fim, o eixo *programas específicos* foi composto por itens (0 - não realiza; 1 - realiza) relativos aos seguintes programas: a) Saúde da Mulher e da Criança (consulta médica de pré-natal, vacinação com toxoide tetânico, dispensação de sulfato ferroso, avaliação do estado nutricional da gestante, consulta médica à puérpera, distribuição de preservativos, inserção de DIU, consulta ginecológica); b) Controle da Hipertensão e Diabetes (busca ativa de casos, diagnóstico); c) DST, Hanseníase e Tuberculose (diagnóstico, tratamento, busca ativa de casos); d) ações de Vigilância Epidemiológica (notificação compulsória de doenças, investigação, ações de bloqueio).

Como visto, cada variável listada recebeu uma pontuação, a qual poderia variar de 0 a 1, sendo possível calcular a pontuação média das equipes nos anos de 1999 e 2009. Contudo, para a construção de cada eixo principal (organização e articulação comunitária; estrutura das equipes; e programas específicos) somou-se a pontuação obtida em cada variável, dividindo-a pela quantidade de variáveis do eixo (multiplica-se o resultado por 100), obtendo-se o percentual de pontos conquistados no eixo analisado. Por exemplo, no eixo *ações de planejamento e articulação comunitária*, composto por 9 itens, somou-se a pontuação obtida nas 9 variáveis, dividindo-a por 9 e multiplicando por 100, obtendo-se, assim, o percentual de pontos do eixo analisado. O mesmo método foi utilizado na análise dos demais eixos, comparando-os entre os anos de 1999 e 2009.

Além disso, foi realizado um teste de significância para cada variável, assim como para cada eixo, a fim de comparar os resultados encontrados nos anos em questão. Vale ressaltar que o banco de dados referente ao ano de 1999 é composto pelo universo das equipes existentes no estado de Pernambuco, enquanto o banco de dados do ano de 2009 é composto por uma amostra de equipes. Dessa forma, realizou-se teste de significância para comparação dos parâmetros encontrados em 2009 (amostra) com os parâmetros do universo das equipes em 1999, tomando-se como significantes os valores de p inferiores a 5%.

A segunda parte deste trabalho reagrupou as variáveis citadas anteriormente em três novos eixos, denominados eixos secundários: ações de prevenção, ações de assistência e ações da ESF. Com isso, espera-se verificar quais os grupos de ações sofreram mudanças, identificando os modos de atenção praticados pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos dois períodos em estudo. Neste momento, também foi utilizado o teste de significância.

Para a análise final dos eixos prevenção, assistência e ESF, realizou-se a *análise de cluster de k médias*, o que permitiu identificar k subgrupos de equipes homogêneas a partir da pontuação final dos eixos. Essa pontuação final considerou o somatório de cada variável do chamado ‘eixos secundários’, que poderiam totalizar 26 pontos e, em seguida, dividiu-se essa soma de pontos pelo total de variáveis (26), multiplicando-se o resultado por 100. Obteve-se, assim, a pontuação final de cada equipe de Pernambuco em cada ano estudado.

A análise de *cluster* permitiu, frente ao conjunto de equipes, agrupá-las em subgrupos, de tal forma que cada um fosse internamente homogêneo (constituído por equipes ‘semelhantes’) e que os vários subgrupos fossem heterogêneos entre si. As equipes com maiores pontuações foram agrupadas no cluster 1 (denominado modelo ESF); as equipes com pontuações intermediárias foram agrupadas no cluster 2 (modelo em desenvolvimento); e, por fim, as equipes com as menores pontuações ficaram no cluster 3 (modelo tradicional). Tal análise foi realizada nos dois anos, identificando-se, inicialmente, os clusters no ano de 1999 e, em seguida, no ano de 2009.

Por fim, cada cluster, de cada ano, foi analisado de acordo com os eixos secundários (ações de prevenção, assistência e ESF), sendo possível identificar quais os grupos de práticas se destacaram nas equipes de melhores resultados gerais (cluster 1), resultados intermediários (cluster 2) e nas equipes de piores resultados (cluster 3). Também foi possível verificar a evolução dos eixos de cada cluster nos anos de 1999 e 2009.

RESULTADOS

Inicialmente, ao analisar a tabela 1, referente às ações de planejamento e articulação com a comunidade, foi possível observar que a forma de organização do prontuário familiar apresentou um aumento estatisticamente significativo ($1 < p < 5\%$) no período de estudo, passando de 91,98% em 1999 para 96,75% em 2009. Entretanto, algumas ações sofreram um decréscimo entre os anos estudados como a análise dos dados do SIAB com realização de

ações, a realização de reuniões para discutir e programar o trabalho em equipe e a avaliação das ações da equipe com a participação da comunidade.

Na mesma tabela, ainda se verifica que poucas equipes participaram de atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda (35,29% em 1999 e 37,66% em 2009), além da participação de membros da equipe no Conselho Municipal de Saúde (22,46% em 1999 e 22,08% em 2009). Entretanto, as atividades de supervisão e reunião com a coordenação municipal apresentaram ligeiro aumento no período estudado.

Quanto à estrutura das equipes, pode-se constatar, na tabela 2, o aumento significativo da disponibilidade de diversos materiais/ equipamentos como otoscópio, termômetro, sonar dopler e glicosímetro. Também se evidenciou a redução de alguns itens (lanterna, material para pequenas cirurgias e estetoscópio de pinard). No componente 'materiais educativos', observou-se o aumento dos cartazes e folhetos; dentre as vacinas, destaque para o aumento de Antipólio, Anti-Hepatite B, Tríplice Viral / MMR e DT Adulto; e vários medicamentos essenciais aumentaram no período de estudo, exceto os antibióticos e o sulfato ferroso.

A avaliação geral do eixo 2 demonstrou que, no ano de 1999, as equipes de saúde da família possuíam 68,76% dos itens de estrutura disponível, percentual esse que aumentou para 81,39% em 2009, com destaque para os materiais/equipamentos (69,48% em 1999 e 74,85% em 2009), vacinas (78,30% em 1999 e 96,29% em 2009) e medicamentos essenciais (62,86% em 1999 e 83,69% em 2009).

A avaliação do eixo 3 - programas específicos - (tabela 3) não evidenciou diferença significativa de uma forma geral, entretanto, observaram-se mudanças relevantes nos anos estudados.

Com relação à saúde da mulher e da criança, a consulta médica de pré-natal, a vacinação das gestantes com toxoide tetânico, a consulta médica à puérpera e a consulta médica à criança sofreram redução significativa entre 1999 e 2009, constatando-se apenas uma melhoria nas ações de planejamento familiar referente à distribuição de preservativos e inserção de DIU.

Ações de controle da hipertensão arterial e do diabetes apresentaram-se com elevado cumprimento pelas equipes, embora a busca ativa de casos tenha sofrido uma redução significativa ($p < 1\%$) no período em questão.

Em relação às variáveis do componente DST, hanseníase e tuberculose, pode-se constatar uma diminuição dos itens de diagnóstico e tratamento de DST, entre 1999 e 2009, e do item diagnóstico, tanto de hanseníase quanto de tuberculose. Apesar das reduções, o

percentual de tratamento de casos de hanseníase e tuberculose realizado pelas equipes aumentou entre os anos de estudo (48,13% em 1999 para 93,15% em 2009 e 47,59% em 1999 para 93,88% em 2009, respectivamente).

As ações de vigilância epidemiológica apresentaram um bom percentual de execução em ambos os anos analisados, com um aumento significativo da execução de notificação compulsória das doenças (96,26% em 1999 e 99,35% em 2009).

Por fim, a tabela 4 agrupa as ações dos eixos 1 (organização e articulação comunitária), 2 (estrutura) e 3 (programas específicos) em 3 conjuntos: ações preventivas, ações assistenciais e ações da estratégia saúde da família, a fim de verificar as principais mudanças desses modelos nos anos de estudo.

Pode-se verificar que o grupo de ações preventivas aumentou de 69,99% (1999) para 84,06% (2009) com destaque para a avaliação das vacinas e as ações de planejamento familiar de distribuição de preservativos e inserção de DIU.

Já o grupo de ações assistenciais não demonstrou diferença significativa entre os anos estudados, contudo apresentaram reduções importantes no período, principalmente, em relação às consultas médicas (de pré-natal, de puerperal, da criança e ginecológica).

O grupo de ações da ESF em saúde também não demonstrou diferença significativa, mas apresentou alguns aspectos importantes como vistos anteriormente.

Para a análise final dos eixos prevenção, assistência e ESF, realizou-se a análise por *cluster*, o que permitiu identificar equipes homogêneas a partir da pontuação final dos eixos secundários. Através da tabela 5 foi possível observar que em 1999, o eixo *ações de assistência* apresentavam maiores percentuais de cumprimento em todos os clusters; já em 2009, os maiores percentuais de cumprimento passaram a ser do eixo *ações de prevenção*.

As equipes com pontuações mais elevadas e pontuações intermediárias (clusters 1 e 2, denominados modelos de ESF e em desenvolvimento, respectivamente) apresentaram crescimento significativo das ações preventivas entre os anos de 1999 e 2009. Já o cluster 3 (modelo tradicional) demonstrou uma redução das ações assistenciais no mesmo período.

Além disso, pode-se constatar uma redução percentual do número de equipes do modelo tradicional (cluster 3) de 1999 para 2009, assim como um aumento percentual do número de equipes no modelo em desenvolvimento (cluster 2).

DISCUSSÃO

Organização e Articulação Comunitária

Através dos resultados apresentados, pode-se constatar que, ao longo dos anos, houve a consolidação de processos de trabalho próprios da ESF, como a organização do prontuário familiar e a existência de mapa da área de abrangência pelas equipes de Pernambuco. Outros autores como Nogueira et al.²³ também evidenciaram que 98,2% das equipes de saúde da família de Bayeux - PB organizam os prontuários considerando o núcleo familiar, e Sarti et al.²⁴ encontraram o prontuário familiar em 72,2% das equipes do Espírito Santo – ES e o mapa da área de abrangência em 55,8% delas.

Entretanto, ações como a utilização dos dados SIAB e reuniões para discutir e programar o trabalho em equipe apresentaram reduções significativas entre 1999 e 2009, o que prejudica o processo de planejamento das ações das equipes. Segundo o Ministério da Saúde, os dados alimentados no SIAB permitem a obtenção de informações que servirão para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, a fim de cumprir o objetivo de otimizar as condições de saúde da população²⁵.

Em relação às ações da equipe que envolvem a participação social, não foram constatados bons resultados nos anos estudados, como a participação da equipe em atividades voltadas para a solução de problemas na comunidade (35,29% em 1999 e 37,66% em 2009) e a participação de profissionais no Conselho Municipal de Saúde (22,46% em 1999 e 22,08% em 2009). A precária participação da comunidade também foi evidenciada por Silva e Caldeira⁸: nela registrou-se uma completa falta de adequação aos parâmetros sugeridos pela AMQ em algumas equipes de Montes Claros – MG, principalmente, em relação à subdimensão “participação social”.

Estrutura das Equipes

A avaliação dos materiais/equipamentos demonstrou a presença de itens importantes, como estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança adulto, glicosímetro, geladeira para vacina, entre outros, mas também a ausência de lanterna clínica, oftalmoscópio e material para pequenas cirurgias, os quais, segundo o manual de estrutura física das UBS²⁷, deveriam estar presentes em uma unidade básica de saúde com equipe de saúde da família. Algumas dessas tecnologias como o oftalmoscópio e materiais para pequenas cirurgias não

conseguiram se consolidar no cotidiano das equipes, tendo em vista que já eram exigidos desde o início da estratégia, mas que, atualmente, continuam sendo pouco utilizados pelos profissionais. Outra tecnologia que apresentou aumento significativo foi o glicosímetro, devido ao maior acompanhamento induzido pela política de controle do diabetes melitus. Moura et al.²⁸ também constataram algumas dificuldades na disponibilidade de materiais/equipamentos como tensiômetro infantil, otoscópio, lanterna, oftalmoscópio, materiais para pequenas cirurgias em equipes de dois municípios da Bahia e Rocha et al.²⁹ evidenciaram a falta de materiais no município de Campina Grande (PB).

Os componentes ‘vacinas’ e ‘medicamentos essenciais’ foram aspectos verificados nesse estudo, observando-se aumento entre os anos de 1999 e 2009. Sugere-se que, em parte, esse aumento seja decorrência da inovação tecnológica: o surgimento de novos medicamentos e vacinas com o fornecimento gratuito para a população também podem explicar o crescimento desses dois componentes. Em Campina Grande-PB, Rocha et al.²⁹ mostraram que 75 e 20% das unidades pesquisadas não dispunham de cobertura vacinal para a BCG e para a dupla viral, respectivamente, além da falta de diversos fármacos. Em Ceará-Mirim-RN, 83,2% dos profissionais relataram como principal dificuldade para o desempenho das suas atividades, a indisponibilidade de medicamentos¹⁵.

De uma forma geral, a avaliação da estrutura das equipes de Pernambuco evidenciou um crescimento significativo entre 1999 e 2009, entretanto Silva e Caldeira⁸ evidenciaram que algumas equipes da ESF de Montes Claros – MG apresentaram uma completa falta de adequação aos parâmetros sugeridos pela AMQ, particularmente nos escores de conformidade em relação à subdimensão “insumos, imunobiológicos e medicamentos”.

Programas Específicos

Dentre as estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pode-se destacar a garantia da oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, ampliação do acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais, promoção da atenção obstétrica e neonatal, garantindo a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes, além da promoção da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina³⁰. No presente trabalho, pode-se observar que, apesar de elevadas pontuações, ações como a consulta médica de pré-natal, a vacinação com toxoide tetânico, a consulta médica no puerpério e a consulta médica à criança apresentaram redução entre os anos de 1999 e 2009,

demonstrando que muitas ações que dependem do profissional médico encontraram dificuldades para se efetivar. Já as ações de planejamento familiar como a distribuição de preservativos e a inserção de DIU, as quais dependem de outros profissionais, apresentaram aumento estatisticamente significativo no período em questão.

De acordo com os resultados, constatou-se um bom desempenho das equipes de saúde da família na realização das atividades propostas para o controle da hipertensão e do diabetes, talvez pela vinculação das ações do programa HIPERDIA como aferição da PA e teste de glicose ao recebimento da medicação.

Outros bons resultados também foram encontrados por Costa et al.³¹ ao avaliarem a implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife (PE), identificando que 98,6% das ESF realizavam o diagnóstico clínico da hipertensão arterial. A captação dos hipertensos era feita predominantemente por meio da aferição da pressão arterial dos usuários da unidade de Saúde da Família. No estado do Mato Grosso-MT, os resultados dos graus de implantação das atividades de controle da hipertensão e diabetes se devem às consultas médicas para ambas as doenças, com os mais elevados percentuais de respostas no grau bom de implantação³².

Em relação a doenças sexualmente transmissíveis – DST, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 18, as unidades básicas de saúde resolutivas e de fácil acesso são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/AIDS e na incidência das DST no país, pelo fato de serem amplas as possibilidades de ação no âmbito dos serviços de Atenção Básica, que incluem atividades educativas, diagnóstico precoce das DST, tratamento adequado da grande maioria das DST, além do encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção (BRASIL, 2006b). Assim, pode-se constatar, no presente estudo, que as ações de diagnóstico e tratamento das DST são amplamente realizadas no âmbito da ESF, apesar de ter sido constatada uma redução do percentual de tratamento entre 1999 e 2009, talvez pela ampliação da política de DST/AIDS com a criação dos centros de referência.

Pode-se constatar no presente estudo que a maioria das equipes de saúde da família realizou as ações de diagnóstico, busca ativa e tratamento dos agravos tuberculose e hanseníase. Assim como nesse artigo, o trabalho de Canesqui e Spinelli³² evidenciou que cerca de 80% dos profissionais (médicos e enfermeiros) atribuíram grau bom de implantação às atividades de controle da tuberculose: consulta médica, notificação compulsória e busca ativa dos faltosos. Também atribuiu-se o grau bom de implementação (com respostas oscilando entre 80% e 100%) às seguintes atividades de controle da hanseníase: busca ativa dos casos, consultas médicas e notificação compulsória³². Entretanto, também se observam

dificuldades em localidades como em Jardim Catarina, bairro de São Gonçalo-RJ, onde os profissionais ainda esperam o paciente procurar atendimento em vez de captar mais rapidamente os casos prováveis, como é preconizado pelo MS ³⁵.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 21, a Atenção Básica/Saúde da Família é um local privilegiado para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica, pois as unidades notificantes são, geralmente, aquelas que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde ²⁶. Carvalho et al. ³⁶ observaram que a vigilância epidemiológica se apresentou implantada na maioria das unidades de saúde da família (63,6%) do Recife, e que as unidades de saúde tradicionais atingiram predominantemente a classificação não implantada (54,5%), estando implantada em apenas 18,2% dessas. Resultados positivos também foram encontrados em Montes Claros – MG, em que o melhor desempenho médio das equipes foi obtido na subdimensão “vigilância às doenças transmissíveis” ⁸.

Sobre os Modelos de Atenção à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica devem seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera as especificidades de cada região ⁴. Neste estudo, ficou evidente que as ações do eixo *ESF* não apresentaram mudanças significativas nos anos de estudo, sendo mais evidentes no eixo *ações de prevenção*.

Entretanto, observou-se que algumas ações clínicas fundamentais como as consultas médicas (pré-natal, puerpério, criança e ginecológica) e as ações de diagnóstico (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase) apresentaram redução do ano de 1999 para 2009. Isso sugere uma diminuição da participação dos profissionais médicos nas ações assistenciais, sendo possivelmente incorporadas pelos profissionais de enfermagem da ESF.

Com relação aos modelos, percebe-se que, em 1999, as equipes de todos os clusters cumpriam um maior percentual de ações assistenciais, passando, em 2009, a cumprir um maior percentual de ações preventivas. Contudo, os clusters 1 e 2 (modelos ESF e em desenvolvimento, respectivamente) somente apresentaram mudanças significativas nas ações preventivas ao contrário do cluster 3 (modelo tradicional), o qual demonstrou redução das ações assistenciais. Esses fatos podem indicar que mudanças significativas nos padrões de atenção à saúde prestados à população.

Por fim, a análise dos modos de atenção à população demonstrou que houve uma melhora significativa das ações preventivas, principalmente devido às vacinas, distribuição de preservativos e inserção de DIU. A análise por cluster demonstrou que, no ano de 2009, houve uma redução do percentual de equipes presentes no modelo tradicional (cluster 3) e aumento desse percentual no modelo em desenvolvimento (cluster 2), indicando uma melhoria no desempenho geral das equipes de saúde da família de Pernambuco. Além disso, foram as equipes com médias mais elevadas e intermediárias (clusters 1 e 2, respectivamente) aquelas que conseguiram aumentar significativamente as ações preventivas entre 1999 e 2009. As equipes do modelo tradicional, localizadas no cluster 3, apresentaram redução das ações assistenciais nos anos estudados, dificultando a execução das ações mais básicas da estratégia.

Em algumas regiões, ainda foram observadas dificuldades para a consolidação da ESF, como em municípios do estado do Ceará, onde existe a dificuldade dos profissionais em realizar as atividades externas à unidade de saúde, em virtude da grande demanda de assistência ambulatorial, o que prejudica as visitas domiciliares e as atividades de promoção da saúde³⁷. Também foi constatado em cinco municípios do estado do Ceará que as equipes, de certa forma, estão reproduzindo o modelo biomédico, com ações muito mais voltadas para a cura³⁸. Já no município de Teixeiras-MG, as poucas atividades preventivas e de promoção de saúde do PSF demonstraram que o programa, da forma como se apresenta atualmente, funciona mais como um suporte para o hospital, sendo mais um local de atendimento procedimento-centrado, dificultando a assimilação de uma atenção usuária – centrada em prol da reorientação do modelo assistencial³⁹.

Dessa forma, é necessário que o Ministério da Saúde, assim como os estados, apoiem os municípios, não somente estruturando-os, demonstrado pelos resultados positivos, mas também qualificando-os, a fim de serem identificadas melhorias significativas nas práticas das equipes a na atenção à saúde da população ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006a; 29 mar.
2. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
3. Brasil. Decreto Federal 7508, de 28 de junho de 2011a. *Regulamentação da Lei 8080/90*,

2011a.

4. Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011b; 24 out.
5. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(4): 809-819.
6. Giovanella et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(3): 783-794.
7. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saúde Colet* 2008; 13(1): 23-34.
8. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a Qualificação Profissional. *Trab. Educ. Saúde* 2011; 9(1): 95-108.
9. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(Supl.1): 563-569.
10. Campos CEA. A melhoria contínua da qualidade nos marcos do projeto AMQ-ESF. *Revista Brasileira Saúde da Família* 2007; 13; 46-48.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.
12. Pinto HA, Souza A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* 2012; 6(2): supl.1. Acesso em: 25 mar. 2014. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>.
13. Oliveira WMA, Bezerra ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ* 2011; 19(1): 20-25.
14. Viana ALA et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl.1): 79-90.
15. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 657-664.
16. Pires VMMM, Rodrigues VP, Nascimento MAA. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ* 2010; 18(4): 622-627.
17. Takeda SA. Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2004.

18. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998.
19. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 649-656.
20. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saúde Colet* 2012; 17(2): 555-560.
21. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 10 dez 2009.
22. Brasil. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES*. Brasília; 2009.
23. Nogueira JA, Trigueiro DRSG, Sá LD, Silva CA, Oliveira LCS, Villa TCS, Scatena LM. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 207-216.
24. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(3): 537-548.
25. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção para Entender a Gestão do SUS: Atenção Básica*. Brasília: CONASS; 2011d.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Cadernos de Atenção Básica nº 21. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
28. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10(Supl.1): 69-81.
29. Rocha ACD, Sousa CPC, Queiroz D, Pedraza DF. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *RAS* 2012; 14(54): 71-79.
30. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1ª Edição, 2ª reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011e.

31. Costa JMBS, Silva MJF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saúde Colet* 2011; 16(2): 623-633.
32. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9): 1881-1892.
33. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome. *Rev. Saude Publica* 2001; 35(1): 88-95.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Cadernos de Atenção Básica, n. 18. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
35. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), *Cad. Saúde Colet* 2012; 20 (2): 177-87.
36. Carvalho EF, Cesse EAP, Albuquerque MIN, Albuquerque LC, Dubeux LS. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2005; 5(Supl 1): 53-62.
37. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(11): 4315-4326.
38. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(2): 256-266.
39. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(Supl.1): 1347-1357.

Tabela 1. Distribuição do cumprimento das variáveis “planejamento e articulação comunitária” pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009.

| EIXO 1: PLANEJAMENTO E ARTICULAÇÃO COMUNITÁRIA | 1999 (%) | 2009 (%) | 2009 | | Nível Sig. |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | | | Lim Inf | Lim Sup | |
| Existência de mapa da área de abrangência construído pela equipe | 85,03 | 88,31 | 83,24 | 93,38 | ns |
| Forma de organização do prontuário | 91,98 | 96,75 | 93,95 | 99,55 | 1<p<5% |
| Análise dos dados do SIAB no mês anterior com realização de ações | 52,94 | 44,81 | 36,96 | 52,66 | 1<p<5% |
| Realização de reuniões para discutir e programar o trabalho da equipe | 77,81 | 69,76 | 62,51 | 77,01 | 1<p<5% |
| Participação em atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda e outros | 35,29 | 37,66 | 30,01 | 45,31 | ns |
| Participação no Conselho Municipal de Saúde (profissional membro ou participante das reuniões) | 22,46 | 22,08 | 15,53 | 28,63 | ns |
| Avaliação das ações com a participação da comunidade | 56,68 | 30,52 | 23,25 | 37,79 | p<1% |
| Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF recebeu visita de supervisão da Coordenação Municipal do PSF? | 38,95 | 48,36 | 40,47 | 56,25 | 1<p<5% |
| Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF (pelo menos um de seus membros) participou de reunião com a Coordenação Municipal do PSF? | 40,11 | 51,42 | 43,53 | 59,31 | p<1% |
| AVALIAÇÃO DO EIXO 1 | 55,69 | 54,00 | 51,38 | 56,62 | ns |

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2. Distribuição do cumprimento das variáveis “estrutura” pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009.

| EIXO 2: ESTRUTURA DA EQUIPE | 1999 | (%) | 2009 | | Nível Sig. |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | (%) | | Lim Inf | Lim Sup | |
| Disponibilidade dos seguintes materiais/equipamentos: | | | | | |
| Estetoscópio | 97,86 | 98,70 | 96,91 | 100,00 | ns |
| Tensiómetro | 97,33 | 99,35 | 98,08 | 100,00 | ns |
| Otoscópio | 58,29 | 70,78 | 63,60 | 77,96 | p<1% |
| Oftalmoscópio | 10,16 | 07,79 | 03,56 | 12,02 | ns |
| Termômetro | 94,12 | 98,05 | 95,87 | 100,00 | 1<p<5% |
| Lanterna | 40,11 | 31,17 | 23,85 | 38,49 | 1<p<5% |
| Foco | 81,82 | 85,06 | 79,43 | 90,69 | ns |
| Aparelho de Aerosol/Nebulizador | 89,84 | 88,96 | 84,01 | 93,91 | ns |
| Balança Adulto | 95,19 | 96,10 | 93,04 | 99,16 | ns |
| Balança Infantil | 91,44 | 93,51 | 89,62 | 97,40 | ns |
| Material para pequena cirurgia | 43,32 | 20,13 | 13,80 | 26,46 | p<1% |
| Material para retirada de pontos | 91,44 | 90,13 | 85,42 | 94,84 | ns |
| Estetoscópio de Pinard | 84,49 | 64,05 | 56,47 | 71,63 | p<1% |
| Sonar Dopler | 50,80 | 86,27 | 80,83 | 91,71 | p<1% |
| Glicosímetro | 16,04 | 94,81 | 91,31 | 98,31 | p<1% |
| Avaliação dos materiais/equipamentos | 69,48 | 74,85 | 73,08 | 76,62 | p<1% |
| Disponibilidade das seguintes vacinas: | | | | | |
| BCG | 95,19 | 96,75 | 93,95 | 99,55 | ns |
| Antipólio | 97,33 | 100,00 | 97,63 | 100,00 | 1<p<5% |
| Tríplice/DPT | 97,33 | 99,35 | 98,08 | 100,00 | ns |
| Toxoide Tetânico | 72,73 | 79,22 | 72,81 | 85,63 | ns |
| Anti-Hepatite B | 84,49 | 100,00 | 97,63 | 100,00 | p<1% |
| Tríplice Viral / MMR | 07,49 | 99,35 | 98,08 | 100,00 | p<1% |
| DT Adulto | 92,58 | 100,00 | 97,63 | 100,00 | p<1% |
| Avaliação das vacinas | 78,30 | 96,29 | 95,16 | 97,42 | p<1% |
| Disponibilidade dos seguintes medicamentos essenciais: | | | | | |
| Antibióticos | 69,88 | 75,54 | 68,75 | 82,33 | ns |
| Sulfato Ferroso | 87,88 | 84,85 | 79,19 | 90,51 | ns |
| Contraceptivos | 69,52 | 87,88 | 82,73 | 93,03 | p<1% |
| Anti-Hipertensivos | 65,95 | 80,74 | 74,51 | 86,97 | p<1% |
| Vitamina A | 64,88 | 83,77 | 77,95 | 89,59 | p<1% |
| Antitérmicos | 73,98 | 88,31 | 83,24 | 93,38 | p<1% |
| Analgésicos | 73,44 | 85,28 | 79,68 | 90,88 | p<1% |
| Antiparasitários | 74,69 | 84,20 | 78,44 | 89,96 | p<1% |
| Hipoglicemiantes Orais | 66,67 | 84,20 | 78,44 | 89,96 | p<1% |
| Antimicótico Tópico | 27,63 | 73,81 | 66,87 | 80,75 | p<1% |
| Tuberculostáticos | 40,64 | 88,31 | 83,24 | 93,38 | p<1% |
| Medicamentos contra hanseníase | 39,22 | 87,45 | 82,22 | 92,68 | p<1% |
| Avaliação dos medicamentos essenciais | 62,86 | 83,69 | 82,01 | 85,37 | p<1% |
| Disponibilidade dos seguintes materiais educativos: | | | | | |
| Cartazes e folhetos | 77,54 | 94,77 | 91,25 | 98,29 | p<1% |
| Álbum seriado | 86,63 | 86,93 | 81,61 | 92,25 | ns |
| TV e vídeos | 35,29 | 30,07 | 22,83 | 37,31 | ns |
| Avaliação dos materiais educativos | 66,49 | 70,13 | 65,96 | 74,30 | ns |
| AVALIAÇÃO DO EIXO 2 | 68,76 | 81,39 | 80,38 | 82,40 | p<1% |

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 3. Distribuição do cumprimento das variáveis “programas específicos” pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009.

| EIXO 3: PROGRAMAS ESPECÍFICOS | 1999 | (%) | 2009 | | Nível Sig. |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | (%) | | Lim Inf | Lim Sup | |
| Saúde da mulher e da criança | | | | | |
| Pré-natal – consulta médica | 90,91 | 80,00 | 73,68 | 86,32 | p<1% |
| Pré-natal – vacinação com toxoide tetânico | 98,93 | 79,22 | 72,81 | 85,63 | p<1% |
| Pré-natal – Dispensação de Sulfato Ferroso | 99,47 | 96,69 | 93,86 | 99,52 | p<1% |
| Pré-natal – Avaliação do Estado Nutricional | 95,72 | 97,35 | 94,81 | 99,89 | ns |
| Assistência à Puérpera – Consulta Médica | 89,30 | 77,18 | 70,55 | 83,81 | p<1% |
| Atenção à Criança – Consulta Médica | 97,86 | 82,55 | 76,56 | 88,54 | p<1% |
| Planejamento Familiar – distribuição de preservativos | 60,43 | 97,99 | 95,77 | 100,00 | p<1% |
| Planejamento Familiar – Inserção de DIU | 12,83 | 56,29 | 48,46 | 64,12 | p<1% |
| Consulta Ginecológica | 80,21 | 71,71 | 64,60 | 78,82 | p<1% |
| Avaliação da Saúde da Mulher e da Criança | 80,63 | 80,30 | 78,21 | 82,39 | ns |
| Controle da hipertensão e diabetes | | | | | |
| Controle da Hipertensão – Busca Ativa de Casos | 96,79 | 87,42 | 82,18 | 92,66 | p<1% |
| Controle da Hipertensão – Diagnóstico | 100,00 | 97,32 | 93,48 | 99,29 | p<1% * |
| Controle de Diabetes – Busca Ativa de Casos | 98,40 | 88,08 | 82,96 | 93,20 | p<1% |
| Controle de Diabetes – Diagnóstico | 100,00 | 98,00 | 94,41 | 99,60 | p<1% * |
| Avaliação da hipertensão e diabetes | 98,80 | 90,42 | 88,10 | 92,74 | p<1% |
| DST, Hanseníase e Tuberculose | | | | | |
| Controle de DST – Diagnóstico | 96,26 | 92,31 | 88,10 | 96,52 | p<1% |
| Controle de DST – Tratamento | 96,26 | 86,81 | 81,47 | 92,15 | p<1% |
| Controle de Hanseníase – Busca Ativa de Casos *** | 85,03 | 88,18 | 83,08 | 93,28 | ns |
| Controle de Hanseníase – Diagnóstico *** | 65,24 | 45,71 | 37,84 | 53,58 | p<1% |
| Controle de Hanseníase – Tratamento *** | 48,13 | 93,15 | 89,16 | 97,14 | p<1% |
| Controle de Tuberculose – Busca Ativa de Casos ** | 87,17 | 91,13 | 86,64 | 95,62 | ns |
| Controle de Tuberculose – Diagnóstico ** | 74,87 | 43,59 | 35,76 | 51,42 | p<1% |
| Controle de Tuberculose – Tratamento ** | 47,59 | 93,88 | 90,09 | 97,67 | p<1% |
| Avaliação DST, hanseníase e tuberculose | 68,00 | 78,33 | 76,03 | 80,63 | p<1% |
| Ações de Vigilância Epidemiológica | | | | | |
| Notificação Compulsória de Doenças | 96,26 | 99,35 | 98,08 | 100,00 | 1<p<5% |
| Investigação | 91,44 | 93,51 | 89,62 | 97,40 | ns |
| Ações de bloqueio (bloqueio vacinal, quimioprofilaxia) | 90,37 | 93,62 | 89,76 | 97,48 | ns |
| Avaliação Vigilância Epidemiológica | 92,69 | 92,64 | 90,26 | 95,02 | ns |
| AVALIAÇÃO DO EIXO 3 | 83,31 | 83,41 | 82,21 | 84,61 | ns |

Fonte: elaborado pelos autores.

* Neste caso, não foi realizado o teste de significância, mas apenas construído o intervalo de confiança para a proporção encontrada em 2009.

** Neste caso, o N correspondeu às equipes (124) que atenderam casos de tuberculose.

*** Neste caso, o N correspondeu às equipes (110) que atenderam casos de hanseníase.

Tabela 4. Distribuição do cumprimento das variáveis segundo tipo de ação pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009.

| Variáveis/ Modelo de Atenção | 1999 (%) | (%) | 2009 Lim Inf | Lim Sup | Nível Sig. |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| AÇÕES DE PREVENÇÃO | | | | | |
| Consolidado das vacinas | 78,30 | 96,29 | 93,30 | 99,28 | p<1% |
| Pré-natal – vacinação com toxoide tetânico | 98,93 | 79,22 | 72,81 | 85,63 | p<1% |
| Pré-natal – dispensação de sulfato ferroso | 99,47 | 96,69 | 93,86 | 99,52 | p<1% |
| Planejamento Familiar – distribuição de preservativos | 60,43 | 97,99 | 95,77 | 100,00 | p<1% |
| Planejamento Familiar – Inserção de DIU | 12,83 | 56,29 | 48,46 | 64,12 | p<1% |
| Total de itens PREVENÇÃO | 69,99 | 84,06 | 81,47 | 86,65 | p<1% |
| AÇÕES DE ASSISTÊNCIA | | | | | |
| Consolidado dos materiais/equipamentos | 69,48 | 74,85 | 68,00 | 81,70 | ns |
| Consolidado dos medicamentos essenciais | 62,86 | 83,69 | 77,85 | 89,53 | p<1% |
| Pré-natal – consulta médica | 90,91 | 80,00 | 73,68 | 86,32 | p<1% |
| Assistência à Puérpera – Consulta Médica | 89,30 | 77,18 | 70,55 | 83,81 | p<1% |
| Atenção à Criança – Consulta Médica | 97,86 | 82,55 | 76,56 | 88,54 | p<1% |
| Consulta Ginecológica | 80,21 | 71,71 | 64,60 | 78,82 | p<1% |
| Tratamento DST Hansen Tuber | 63,99 | 89,18 | 84,27 | 94,09 | p<1% |
| Diagnóstico Hiper Diab DST Hansen Tuber | 87,27 | 80,01 | 73,69 | 86,33 | p<1% |
| Total de itens ASSISTÊNCIA | 80,24 | 78,68 | 76,39 | 80,97 | ns |
| AÇÕES DA ESF | | | | | |
| Existência de mapa da área de abrangência construído pela equipe | 85,03 | 88,31 | 83,24 | 93,38 | ns |
| Forma de organização do prontuário | 91,98 | 96,75 | 93,95 | 99,55 | 1<p<5% |
| Análise dos dados do SIAB no mês anterior com realização de ações | 52,94 | 44,81 | 36,96 | 52,66 | 1<p<5% |
| Realização de reuniões para discutir e programar o trabalho da equipe | 77,81 | 69,76 | 62,51 | 77,01 | 1<p<5% |
| Participação em atividades voltadas para a solução de problemas na comunidade | 35,29 | 37,66 | 30,01 | 45,31 | ns |
| Participação no Conselho Municipal de Saúde (profissional membro ou participante das reuniões) | 22,46 | 22,08 | 15,53 | 28,63 | ns |
| Avaliação das ações com a participação da comunidade | 56,68 | 30,52 | 23,25 | 37,79 | p<1% |
| A equipe recebeu visita de supervisão da Coordenação Municipal | 38,95 | 48,36 | 40,47 | 56,25 | 1<p<5% |
| Participação da equipe em reunião com a Coordenação Municipal | 40,11 | 51,42 | 43,53 | 59,31 | p<1% |
| Consolidado dos materiais educativos | 66,49 | 70,13 | 62,90 | 77,36 | ns |
| Pré-natal – Avaliação do Estado Nutricional | 95,72 | 97,35 | 94,81 | 99,89 | Ns |
| Busca Ativa de Casos - Hiper Diab Hansen Tuber | 91,84 | 87,39 | 82,15 | 92,63 | 1<p<5% |
| Ações de Vigilância Epidemiológica | 92,69 | 92,64 | 88,52 | 96,76 | Ns |
| Total de itens ESF | 65,23 | 63,97 | 61,87 | 66,07 | Ns |

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 5. Distribuição por cluster do cumprimento dos eixos prevenção, assistência e ESF pelas equipes de saúde da família de Pernambuco nos anos de 1999 e 2009.

| CLUSTER | EIXOS | 1999 * | | 2009 ** | | | Nível Sig | |
|--------------|-------------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| | | nº equipes | (%) | nº equipes | (%) | Lim Inf | | Lim Sup |
| Cluster 1 | PREV | | 77,23 | | 91,07 | 83,00 | 99,14 | 1<p<5% |
| | ASSIST | 69 | 88,87 | 48 | 90,47 | 82,16 | 98,78 | ns |
| | ESF | (36,9%) | 75,23 | (31,2%) | 74,20 | 61,82 | 86,58 | ns |
| | Subtotal 1 | | 79,81 | | 82,45 | 71,69 | 93,21 | ns |
| Cluster 2 | PREV | | 70,70 | | 82,07 | 73,82 | 90,32 | 1<p<5% |
| | ASSIST | 63 | 79,25 | 83 | 79,80 | 71,16 | 88,44 | ns |
| | ESF | (33,7%) | 64,43 | (53,9%) | 61,70 | 51,24 | 72,16 | ns |
| | Subtotal 2 | | 70,19 | | 71,18 | 61,44 | 80,92 | ns |
| Cluster 3 | PREV | | 60,10 | | 76,65 | 59,36 | 93,94 | ns |
| | ASSIST | 55 | 70,54 | 23 | 50,02 | 29,59 | 70,45 | 1<p<5% |
| | ESF | (29,4%) | 53,60 | (14,9%) | 50,81 | 30,38 | 71,24 | ns |
| | Subtotal 3 | | 60,06 | | 55,54 | 35,23 | 75,85 | ns |
| Total | | 187 (100%) | 70,76 | 154 (100%) | 72,36 | 65,30 | 79,42 | ns |

Fonte: elaborado pelos autores.

Legenda: PREV – ações de prevenção; ASSIST – ações assistenciais; ESF/VIG – ações da ESF

11 DISCUSSÃO

De uma forma geral, foi observado que alguns aspectos de estrutura e processos de trabalho próprios da ESF encontraram-se consolidados pelas equipes de saúde da família de Pernambuco, embora existam outras tecnologias e ações diferenciais que ainda não conseguiram se firmar no cotidiano das equipes, além da redução de algumas ações clínicas fundamentais. Observaram-se também diferenças entre as equipes por porte populacional e mudanças significativas, ao longo dos anos, nos modelos de atenção à saúde desenvolvidos em Pernambuco. Neste capítulo, os presentes achados serão discutidos mais detalhadamente com a literatura científica, buscando esclarecimentos ao compará-los com outros autores.

11.1 O desafio da consolidação de processos de trabalho próprios da ESF

Um dos aspectos mais instigantes que envolveram esse estudo foi o processo de trabalho das equipes de saúde da família, principalmente em relação ao seu potencial em promover mudanças nos modelos de atenção à saúde. Segundo Costa et al. (2009), é necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidiano, pois a implantação da ESF por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado.

Pode-se constatar através dos artigos 2 e 3 a consolidação de ações próprias da ESF como a organização do prontuário familiar e a existência de mapa da área de abrangência da unidade. O presente estudo consegue mostrar que os aspectos do processo de trabalho, diferenciais entre as unidades de saúde da ESF das unidades chamadas tradicionais, estão consolidados no estado de Pernambuco.

Quanto ao mapa, o artigo 2 avalia que a sua utilização para marcação de áreas de risco e organização do atendimento ainda não é suficiente, demonstrando que somente a existência do mapa não diferencia os modelos. O diagnóstico da área (86%) e a prática de acolhimento (79,3%) também se apresentaram frequentes no cotidiano das equipes de saúde da família no ano de 2009 (artigo 2), sinalizando a sua possível consolidação. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, 2011c), todas essas ações são essenciais para o planejamento e organização dos serviços na ESF.

Entretanto, várias ações características da ESF ainda encontram dificuldades para se firmarem quanto ao processo de trabalho das equipes, como a utilização dos dados do SIAB, sala de situação atualizada, além de ações de supervisão e reuniões com a coordenação

municipal, essenciais para a consolidação da estratégia, demonstrando a necessidade de avanços nessa área. Vale destacar que, não só o Caderno de Atenção Básica nº 21, mas também a Política Nacional de Atenção Básica, afirmam ser necessário que as práticas dos profissionais da ESF envolvam o diagnóstico situacional, o planejamento, o monitoramento e a avaliação, questões apresentadas como norteadoras para o desenvolvimento da estratégia, constituindo-se em um referencial para mudanças do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2006b, 2008a, 2011c).

Também se constatou o baixo cumprimento de várias ações relacionadas à participação social como atividades voltadas para a solução de problemas na comunidade, participação no conselho municipal de saúde, avaliação das ações da equipe com a participação da comunidade (artigo 3), desenvolvimento de ações sistemáticas de promoção à saúde em associações de bairro, abrigos, orfanatos, parcerias com organizações civis (ONG, movimentos sociais) e práticas alternativas com a comunidade (artigo 2). Algumas dessas dificuldades também foram evidenciadas em estudos realizados em Mato Grosso (MT) e no Espírito Santo (ES) (CANESQUI; SPINELLI, 2006; SARTI et al., 2012).

Sendo a ESF um *locus* de fomento à participação da população, essa deve promover senão uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde (MERHY, 2003). Somente a realização de ações educativas em escolas/creches e a presença de grupos temáticos (artigo 2) evidenciaram algum envolvimento da equipe com a comunidade, demonstrando que essa relação equipe-população ainda é incipiente e que há um longo caminho a ser percorrido para essas práticas se efetivarem. As ações de promoção à saúde, ações educativas e de incentivo à participação da comunidade foram e são fundamentais na diferenciação do modelo da ESF, sendo preciso resgatar essas propostas que se perderam ao longo dos anos de implantação da estratégia em Pernambuco e, possivelmente, no Brasil.

Em relação à estrutura das equipes, pode-se observar uma evolução significativa entre os anos de 1999 e 2009, com destaque para vacinas, materiais/equipamentos e medicamentos essenciais. Entretanto, como esses itens de estrutura são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho da equipe, os mesmos deveriam estar presentes nas unidades em quantidade satisfatória, mas isso não foi constatado no artigo 1, o qual demonstrou um baixo percentual de equipes que possuíam o ‘conjunto necessário’ de materiais, vacinas, medicamentos e outros itens essenciais do componente estrutura.

A dificuldade em disponibilizar materiais em quantidade suficiente também foi constatada em outras regiões do Brasil. Moura et al. (2010) constataram dificuldades na

disponibilidade de vários materiais/equipamentos em dois municípios da Bahia; Rocha et al. (2012) evidenciaram a falta de vários materiais no município de Campina Grande (PB) e Pinto, Menezes e Villa (2010) observaram que 86,8% dos profissionais indicaram não ter disponibilidade de equipamentos e instrumentos, seguidos por 83,2%, que apontaram a indisponibilidade de medicamentos no município de Ceará-Mirim (RN).

Alguns desses resultados apresentados na tese corroboram com os resultados da avaliação normativa realizada pelo Ministério da Saúde no período de junho de 2001 a agosto de 2002, a qual buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, quanto à infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes da ESF no país, tendo, para isso, visitado 13.501 equipes de saúde da família em 3.778 municípios brasileiros. Foram reveladas práticas ainda incipientes como a participação da comunidade no planejamento das ações, os mecanismos sistemáticos de acompanhamento e avaliação e a participação das equipes nos órgãos gestores do SUS no nível local (BRASIL, 2004).

Essa pesquisa nacional ainda constatou que, em aproximadamente 20% das equipes, os equipamentos mais básicos para o seu trabalho (tensiómetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) não estavam disponíveis, problema que foi mais evidenciado em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004). Os demais equipamentos (oftalmoscópio, otoscópio, lanterna e equipamentos gineco-obstétricos) e glicosímetro, indispensáveis para a realização de um adequado exame físico, tinham sua disponibilidade muito aquém da desejada, face às expectativas de resolubilidade das equipes de saúde da família (BRASIL, 2004).

A insuficiência de recursos materiais além de comprometer o desenvolvimento e qualidade das ações da atenção básica que vêm sendo desenvolvidas pelos municípios limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Houve um aumento bastante significativo da disponibilidade de vacinas, tanto em quantidade quanto na variedade, bem como dos medicamentos e equipamentos como o glicosímetro e o sonar *doppler*. Esses itens sinalizam a consolidação de programas como o Programa Nacional de Imunização (PNI), Assistência Farmacêutica e os Programas de Controle do Diabetes e da Hipertensão, demonstrado melhoria da estrutura encontrada na ESF de Pernambuco.

O artigo 3 da tese também encontrou que as ações dependentes do profissional médico, como as consultas médicas e o diagnóstico de agravos como hipertensão, diabetes,

DST, hanseníase e tuberculose, apesar de realizadas pela maior parte das equipes, sofreram uma redução entre os anos de 1999 e 2009. Esse fato pode ser explicado pelo crescimento da estratégia no período em questão, tendo em vista que, no ano de 1999, existiam 189 equipes em todo o estado de Pernambuco e, no ano de 2009, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o estado contava com 1.848 equipes de saúde da família. Outros estudos (HENRIQUE; CALVO, 2008; GIOVANELLA et al., 2009) também observaram que a Estratégia Saúde da Família apresentou expansão acentuada no número de equipes em todo o país.

Tal crescimento, todavia, não foi acompanhado pelo quantitativo de médicos que atuam na atenção básica, acarretando na ausência desse profissional em muitas equipes, principalmente em municípios do interior (menor porte) onde o vínculo é mais precário, como visto anteriormente. Devido à dificuldade de contratação e da permanência do médico nas equipes, o profissional de enfermagem termina por assumir a responsabilidade de programas e práticas padronizadas pelo Ministério da Saúde, sem, no entanto, assumir o diagnóstico. Ressalta-se também que as consultas médicas alvo da pesquisa são específicas de pré-natal, de puerpério, da criança e ginecológica, componentes dos programas de Saúde da Criança e de Saúde da Mulher. Estes programas vêm sendo assumidos pelos profissionais de enfermagem e, muitas vezes, mesmo o médico estando presente na unidade, não prioriza esses atendimentos, o que pode responder pela redução dessas ações entre os anos de 1999 e 2009.

11.2 A influência do porte populacional no desenvolvimento da ESF

Segundo Silva et al. (2013), o crescimento da ESF aconteceu em contextos diversificados e com intensidades e características também muito diferenciadas. No início da ESF, constatou-se que a sua implantação ocorreu de forma mais acelerada em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, e mais lenta em grandes centros urbanos, por exigir melhorias nas redes de infraestrutura, insumos tecnológicos e a contratação de um número considerável de recursos humanos capacitados (CONILL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; PORTELA; RIBEIRO, 2011).

Nesta tese, os resultados mostraram um melhor desempenho dos municípios de menor porte na avaliação do componente estrutura (artigo 1). Marcelino (2010) explica que, em áreas menos assistidas, o incentivo financeiro ao PSF tinha grande poder de indução da política de saúde, pois os municípios de menor porte populacional apresentam maior valor *per capita* de

recursos para Atenção Básica, quando comparado ao valor do incentivo dos municípios de grande porte (BRASIL, 2006c).

Contudo, esperava-se que os municípios de grande porte apresentassem melhores resultados devido aos investimentos do Proesf, destinados aos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Contudo, esses municípios demonstraram melhor desempenho na avaliação do componente 'recursos humanos'.

Levantou-se a possibilidade de haver relação entre a qualificação das equipes e os municípios de grande porte, devido ao fato de os centros formadores e polos de capacitação estarem mais frequentemente localizados nos municípios desse porte populacional. Contudo, só foi constatada a relação entre o treinamento introdutório à ESF e os municípios de grande porte, não sendo possível associar esses municípios a cursos de capacitação ou formação profissional. Talvez a expansão para outros municípios ou a maior participação das instituições formadoras na capacitação dos profissionais esteja contribuindo de alguma forma para a redução dessa diferença, mesmo que esses processos (formação/capacitação) sejam ainda realizados com base em ações normativas e tradicionais (SANTANA et al., 2010).

A formação do profissional capacitado para atuar na ESF e sua alocação nos serviços públicos é de alta importância na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados (MATUMOTO, 2005; MERHY, 2003). Em 1999, Almeida et al. já afirmavam que mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde serão necessárias para a transformação de uma visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde (ALMEIDA et al., 1999).

Considerando o treinamento em algumas áreas estratégicas como AIDPI, diabetes, hipertensão, dst/aids, hanseníase, tuberculose, saúde do trabalhador e saúde da mulher, 73,9% das equipes de Pernambuco afirmaram, em 2009, ter participado de, no mínimo, 4 capacitações, o que revela um bom resultado para o estado, em comparação com a avaliação normativa realizada no Brasil em 2002, onde a capacitação em saúde da criança e saúde da mulher apresentaram percentuais baixos, assim como em áreas estratégicas da atenção básica em saúde do adulto (hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose), as quais apresentaram percentuais em torno de 40%.

Ainda em relação a esse componente (recursos humanos), chamou a atenção para o fato de que 16,4% das equipes funcionavam sem a composição mínima estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) e 24,1% dos profissionais possuíam

concurso público. Rocha e Trad (2005) e Dal Poz (2002) afirmam que a instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isso provoca no profissional, tem sido apontada como um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes da ESF, prejudicando a continuidade e efetivação das ações em saúde. Essa instabilidade gera a troca excessiva dos membros das equipes por motivos políticos e impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

11.3 Características de mudança do modelo de atenção à saúde

Para alguns autores como Rosa e Labate (2005) e Scherer et al. (2005), a reorientação do modelo pautado em uma atenção médico-assistencial privatista, é fundamental para a construção do sistema de saúde brasileiro, propondo uma nova dinâmica com base em uma atuação multiprofissional e interdisciplinar que presta uma assistência, de acordo com as reais necessidades dessa população. Entretanto, Matumoto et al. (2005) acreditam que, depois de mais de doze anos de sua existência da ESF, suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano.

Trindade (2013) confirma essa constatação através do estudo realizado em três municípios de uma regional de saúde do Rio Grande do Sul, com unidades de saúde da família e unidades tradicionais de saúde, o qual demonstrou, nos dois modelos assistenciais, o predomínio das ações orientadas pela biomedicina. Nos dois modelos, evidenciaram-se problemas gerenciais, predomínio do paradigma da biomedicina, déficits no acolhimento, na organização e distribuição das atividades, assim como foco na consulta médica, baixa resolutividade dos serviços e excesso de burocracia (TRINDADE, 2013).

Silva et al. (2013) também corroboram com esses achados através de uma revisão da produção científica, os quais analisaram se a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção. Os estudos apontaram que as mudanças promovidas pela estratégia não são capazes de alterar o modelo de atenção. A maior parte dos estudos apresenta mudanças parciais no modelo vigente, alguns ainda apresentam a implantação de um 'programa paralelo', sendo poucos os municípios nos quais a ESF realmente tenha desencadeado a reorganização do sistema de saúde, afirmando que os modelos hegemônicos continuam exercendo grande influência nas práticas da ESF e principalmente na organização da rede de atenção.

A análise dos modos de atenção à saúde da população no estado de Pernambuco identificou aspectos que precisam de avanços, principalmente em relação às ações

características da estratégia. Houve também uma melhora significativa das ações preventivas, principalmente devido às vacinas, distribuição de preservativos e inserção de DIU, sendo as equipes com melhor desempenho (clusters 1 e 2) aquelas que conseguiram aumentar significativamente as ações preventivas entre 1999 e 2009. As equipes localizadas no cluster 3 apresentaram redução das ações assistenciais nos anos estudados, sobretudo nas ações dependentes do profissional médico como as consultas médicas e o diagnóstico de agravos como hipertensão, diabetes, DST, hanseníase e tuberculose.

Apesar da escassez de estudos que demonstrem a evolução da estrutura e das ações realizadas pelas equipes ao longo dos anos, alguns autores constataram mudanças positivas nesse modelo de atenção. Com o objetivo de comparar os resultados de ações de atenção básica na Comunidade do Macuco, Timóteo-MG, nos anos de 1999 e 2005, Guedes et al. (2007) observaram que o número de consultas de puericultura e o acompanhamento clínico-ginecológico aumentaram significativamente. Além disso, constataram que em 1999 não havia registros de indivíduos inscritos com casos de DST/Aids, hanseníase e tuberculose, passando a existir em 2005, pois a procura pelos serviços de saúde aumentou, assim como a busca ativa de casos passou a ser mais eficaz (GUEDES et al., 2007).

Avanços também foram observados no município do Recife que, com o objetivo de analisar a evolução da assistência realizada pelas equipes de saúde bucal no período de 2001 a 2007, foi verificado que os procedimentos de promoção e prevenção, na qual estão incluídas as visitas domiciliares, atividades educativas e procedimentos coletivos, mostra que as ESF, em 2001, eram responsáveis por 48,0% (18.737) desses procedimentos no município, aumentando sua participação para 87,4% (66.967) em 2007 (PIMENTEL et al., 2008).

Para Teixeira (2006), esse novo processo de trabalho em saúde exige mudanças, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e, principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços. A autora ainda ressalta que nenhuma das propostas sozinha dá conta do processo de mudança do modelo de atenção à saúde em todas as suas dimensões, sendo preciso redefinir o conteúdo das práticas, a partir da situação concreta de cada local, levando em conta a heterogeneidade estrutural da situação de saúde e do sistema de serviços de saúde em cada região e estado.

A análise por cluster buscou a identificação de conjuntos homogêneos e esperava-se encontrar três padrões: um grupo de equipes com melhores respostas à implantação da Estratégia, que teriam percentuais maiores nas ações de prevenção, assistência e específicas da ESF, outro grupo com piores resultados e um grupo intermediário.

A pesquisa original (CNPq) tinha como hipótese a constituição de três modelos: da ESF, do PSF como posto de saúde tradicional e um intermediário, considerado como “ainda em implantação” da ESF. Os clusters não se enquadraram completamente nesses modelos, mas se aproximam bastante. Das ações analisadas, o conjunto que se refere à participação da equipe, da comunidade ou de alguma forma de reunião ou discussão, são os que ‘puxam’ os números para baixo. Essas ações, no entanto, foram e são os diferenciais da Estratégia Saúde da Família, sendo a base da APS descritas na Conferência de Alma Ata e da Promoção da Saúde, descrito na Carta de Ottawa. Destaca-se, neste trabalho, a importância de se revalorizar essas ações no SUS brasileiro e na ESF.

Os clusters, então, foram adjetivados como:

- 1) Atenção básica ampliada, em desenvolvimento da ESF.
- 2) Atenção básica, em busca da implantação da ESF.
- 3) Atenção à saúde tradicional.

Cabe destacar também que houve um movimento de deslocamento das equipes entre os clusters entre 1999 e 2009. O bloco da atenção básica tradicional diminuiu e houve um deslocamento para o segundo bloco, chamado aqui de atenção básica, que cresceu bastante.

Na prática, é como se as equipes e ‘seus municípios’ tivessem se conformado em implantar os programas mais ‘duros’ do MS como PNI, planejamento familiar, DST/Aids, tuberculose, hanseníase e outras ações que são bastante cobradas pelas instâncias do sistema, deixando de executar muitas das ações que são próprias da ESF.

12 CONCLUSÕES

Quanto à estrutura das equipes do estado de Pernambuco no ano de 2009, pode-se perceber que:

- a) a maioria das equipes do estado dispunha de materiais educativos e vacinas. Entretanto, poucas equipes possuíam a relação dos instrumentos/equipamentos básicos necessários à assistência à saúde da população. Os espaços das unidades mostraram que poucas delas dispõem de local para reunião;
- b) pouco mais da metade das equipes cumpre mais de 50% dos eixos do componente estrutura, com destaque para os municípios de pequeno porte, e apenas 5,6% cumprem todos os requisitos;
- c) no componente recursos humanos, os municípios de grande porte apresentaram melhores resultados, principalmente quanto ao vínculo dos profissionais e ao treinamento introdutório ao Saúde da Família.

Em relação ao processo de trabalho das equipes do estado de Pernambuco no ano de 2009, foi possível observar:

- a) que as práticas de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família pouco variaram entre os portes municipais;
- b) as equipes dos municípios de maior porte se destacaram quanto à existência de pelo menos um grupo temático na equipe e no preenchimento dos livros de registro de tuberculose e hanseníase. Já os municípios de menor porte apresentaram melhores resultados nas ações de acolhimento, busca ativa de adolescentes de risco e no conjunto das ações de saúde da mulher;
- c) a articulação comunitária encontrou dificuldades para o desempenho de várias práticas, essenciais para a criação de vínculo com os usuários;

A avaliação das equipes nos anos de 1999 e 2009 permitiu evidenciar a evolução da estratégia em alguns aspectos:

- a) o baixo cumprimento de várias ações relacionadas à estratégia, principalmente, quanto à participação social (atividades voltadas para a solução de problemas na comunidade, participação no conselho municipal de saúde, avaliação das ações da equipe com a participação da comunidade) e algumas ações de planejamento e avaliação (análise

dos dados do SIAB com realização de ações, supervisão e reuniões com a coordenação municipal);

- b) a evolução significativa na estrutura das equipes, com destaque para os materiais/equipamentos, vacinas e medicamentos essenciais.
- c) houve uma melhora significativa das ações preventivas, principalmente devido às vacinas, distribuição de preservativos e inserção de DIU;
- d) a análise por cluster demonstrou que, no ano de 2009, houve uma redução do percentual de equipes presentes no modelo tradicional e aumento desse percentual no modelo em desenvolvimento, indicando uma melhoria no desempenho geral das equipes de saúde da família de Pernambuco. Além disso, foram as equipes dos modelos de ESF e em desenvolvimento que conseguiram aumentar significativamente as ações preventivas entre 1999 e 2009. As equipes localizadas no cluster 3 (modelo tradicional) apresentaram redução das ações assistenciais nos anos estudados, o que pode indicar dificuldades para contratação de profissionais frente à expansão progressiva da ESF.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de programas e serviços sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, M. et al. **A educação dos profissionais de saúde na américa latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; 1999.
- ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34-51, 2014.
- ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 736p.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. 871p.
- AROUCA, A. A reforma sanitária brasileira, **Tema/Radis**, Rio de Janeiro; v. 6, n. 11, p.2-4, 1988.
- ARRUDA-BARBOSA, L. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.24, n.4, p.347-354, 2011.
- AZEVEDO, A. L. M. D. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2007.
- BARROS, M. E. D. **Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. Brasília: OPAS, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4).
- BEZERRA, L. C. A. et al. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1309-1317, 2007.
- BODSTEIN, R. Processo decisório e Avaliação em Saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1336-1338, 2009.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.555-560, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/91**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/92**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/93**. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**: relatório preliminar. Brasília, DF, 1999. 72 p.

BRASIL. Constituição (1988). Título VIII Da Ordem Social, Seção II Da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001a. p. 13-14.

BRASIL. Constituição (1988). Ministério da Saúde. Lei no.8080 de 19 de setembro de 1990a. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001b. p. 15-34.

BRASIL. Constituição (1988). Ministério da Saúde. Lei no.8142 de 28 de dezembro de 1990b. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001c. p. 35-38.

BRASIL. Constituição (1988). Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 6 de novembro de 1996. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001d. p. 39-82.

BRASIL. Constituição (1988). Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: Leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001e. p. 129-186.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.745 de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 2001f. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades**: Padrões de Custos e Formas de Financiamento. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 650/GM, de 28 de março de 2006**. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/20141106172857portaria_n__650,_de_28_de_marco_de_2006.pdf> Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011a. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS: Atenção Básica).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O Financiamento da Saúde**. Brasília, 2011b. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS: Financiamento).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BUENO, W. S; MERHY, E. E. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em 16 out. 2012.

CAETANO, R. DAIN, S. Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMPOS, F. E. et al. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.47-58, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde e Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl.1, p. 563-569, 2005.

CAMPOS, C. E. A. A melhoria contínua da qualidade nos marcos do projeto AMQ-ESF. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, n.13, p.46-48, jan/mar. 2007.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.

CARVALHO, A. L. B. et al. Práticas de monitoramento e avaliação: reflexões e resultados de um processo de cooperação interfederativo. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília,

v.5, n.4, p.167-82, 2011.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.7-27, 2008.

CONTRANDIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.705-726, 2008.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.1347-1357, 2009.

DAIN, S. et al. Elaboração da agenda para a reestruturação do modelo assistencial de saúde em grandes cidades. Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, abril de 2001 apud CAETANO, R. DAIN, S. Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos Desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.11-21, 2002.

DAL POZ, M. R. Câmbios em la contratación de recursos humanos: el caso del programa de salud de la família em Brasil. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.16, n.1, p.82-86, 2002.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.4, p.532-537, 2006.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. (Org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. IN.: SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

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

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2012.

GÓMEZ-CAMELO, D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.8, n.1, 305-316, 2000.

GUEDES, H. M. et al. Resultados alcançados com a Estratégia Saúde da Família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.4, p.363-368, out./dez.. 2007.

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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p.1359-1365, sep./oct. 2009.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.4, p.594-601, 2009.

LORENZO-CÁCERES ASCANIO, A.; OTERO, P. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinteaños de reforma (1984-2004): análisis temático y bibliométrico. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.81, n.2, p.131-145, mar./abr. 2007.

MACHADO, E. N. M. et al. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.99-111, 2004.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 2007. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

MARCELINO, M. Q. S. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos usuários em municípios rurais paraibanos**. 2010. Tese (doutorado) - Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, 2010.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A Política de Incentivo do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça a autonomia das gestões municipais e ao princípio da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.163-171, 2002.

- MATTOS, R. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu Impacto sobre as Grandes Cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.77-108, 2002.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec: ABRASCO; 2004.
- MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.8, n.16, p.9-24, 2005.
- MEDEIROS, K. J. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.
- MERHY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. In: BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Projeto Piloto da Ver-SUS Brasil: vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil**. Brasília, [2003]. p. 48-62. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP), 2003. Disponível em: <www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296p.
- MONTENEGRO, L. C. et al. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.649-656, 2010.
- MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, supl. 1, p.69-81 nov. 2010.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p. 547-559, 2000.
- NUNES, A. A. et al. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de

municípios de pequeno e grande porte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 452-467, jul./set. 2014.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl.1, p. 297-302, 2005.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: MENDES, E. V. et al. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro; Abrasco, 1995.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Seminários Temáticos Permanentes. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2014.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-571.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p.1778 – 1797, 2011.

PEREIRA, A. T. S. et al. A Sustentabilidade Econômico-Financeira no PROESF em Municípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.607-620, 2006.

PESSOA JÚNIOR, J. M. et al. A Estratégia Saúde da Família num município nordestino de pequeno porte. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental** (Online), Rio de Janeiro, p.9-18, dez. 2011.

PIMENTEL, F. C. et al. Evolução da assistência em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família do município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.2, p.253-264, maio/ago. 2008.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, supl. 1, p.146-157, 2012.

PIMENTEL, F.C. et al. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica e proporção na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.54-61, 2014.

PINTO, E. S. G. et al. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n. 3, p. 657-664, 2010.

PINTO, H. A. et al. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, supl.1, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/>

624/1083>. Acesso em: 25 mar. 2014.

PIRES, V. M. M. M. et al. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.622-627, 2010.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1719-1732, 2011.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.2, p.196-199, 2009.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.14, n.54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa de Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.17, p.303-316, 2005.

RONCALLI, A, G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 736p.

ROZA, J. R.; RODRIGUÊS, V. A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 59-74.

SAMICO, I. et al. (Orgs.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p.1653-1664, 2010.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.537-548, 2012.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SCHRAIBER, L. B. **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I.; SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, C. C. et al. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde na Paraíba: mudanças metodológicas e reflexos na produção acadêmica dos egressos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.13, n.1, p.96-102, 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

SILVA, L. A. et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.221-232, 2013.

SILVA, T. S. **A estratégia saúde da família e o desempenho da atenção primária nas grandes cidades brasileiras**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAKEDA, S. A. Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TANAKA, O. Y. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. 1. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7, n.2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p.36-42, 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. A. et al. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.79-90, 2008.

ANEXO A – Questionário

ESTRUTURA

9. Quantas ESF existem na unidade de saúde em que sua equipe está localizada?

1 a 9 – Número de ESF nesta unidade

0 – A ESF não está localizada em uma unidade de saúde

10. A ESF dispõe em sua unidade de saúde para atendimento da população os seguintes materiais/equipamentos?

0 – Não

1 - Sim (Marque SIM somente quando estiver em perfeitas condições de uso no momento)

- a) Estetoscópio b) Tensiômetro c) Otoscópio d) Oftalmoscópio
e) Termômetro f) Lanterna clínica g) Foco
h) Aparelho Aerosol/nebulizador i) Balança de adulto j) Balança infantil
k) Material para pequena cirurgia l) Material para retirada de pontos
m) Glicosímetro n) Estetoscópio de Pinard o) Sonar Doppler p) Geladeira p/ vacina
q) Régua antropométrica r) Caixa térmica ou isopor s) Mesa ginecológica
t) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

11. A ESF dispõe dos seguintes materiais / equipamentos para sessões educativas?

0 – Não

1 - Sim

- a) Cartazes e Folhetos b) Álbum Seriado c) Lápis Pilot, pincéis, tintas d) TV, DVD e Vídeos
e) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

12. Quais as condições dos espaços existentes na USF?

Considerar **satisfatório** se os espaços estão em boas condições para o uso e se prestam a este tipo de serviço.

Considerar **insatisfatório** se os espaços não encontram-se em boas condições para o uso e/ou não se prestam a este tipo de serviço.

0 - Não dispõe na unidade

1 - Dispõe em condições satisfatórias

2 - Dispõe em condições insatisfatória

- a) Sala de Procedimentos Básicos b) Sala de Curativo exclusiva c) Sala de Vacina Exclusiva
d) Sala para Guarda e dispensação de medicamento e) Local p/ esterilização
f) 1 Consultório p/ assistência clínica g) 1 Consultório p/ assistência clínica equipado para exame papanicolau
h) Consultório Odontológico i) Banheiro para Usuário j) Banheiro para Funcionário
k) Local p/ Reunião (Max. 2 km) l) Copa

INSUMOS, IMUNO-BIOLÓGICOS E MEDICAMENTOS

13. Quais das vacinas a seguir estão disponíveis em sua unidade de saúde da família no momento?

(Considere apenas as hoje existentes na USF)

0 – Não

1 - Sim

- a) BCG b) Anti-Pólio c) Tríplice /DTP d) Tríplice Viral/MMR
e) Toxóide Tetânico f) Tetravalente (DTP+Hib) g) Anti-Hepatite B
h) DT Adulto i) Rotavirus j) Outras (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

14. Qual a disponibilidade (no último mês) de medicamentos essenciais para dispensação às famílias que a ESF atende, conforme as definições a seguir?

0 - Não dispõe na unidade

1 - Dispõe em condições satisfatórias

2 - Dispõe em condições insatisfatórias

3 – Somente quando a equipe solicita à secretaria de saúde

9 – Não se aplica

- a) Antibióticos b) Antianêmico c) Contraceptivos d) Anti-Hipertensivos
e) Vitamina A f) Antitérmicos g) Analgésicos h) Antiinflamatório
i) Broncodilatador j) Antiparasitários k) Antiemético l) Hipoglicemiantes orais
m) Antimicótico n) Tuberculostáticos o) Soro reidratante p) Insulina
q) Hanseniostático

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

15. Existe atualmente mapa da área de abrangência na unidade?

0 – Não 1 – Sim

16. A ESF utilizou nos últimos 3 meses, o mapa da área de abrangência para o planejamento e desenvolvimento das ações? Para que?

- a) Organizar o atendimento b) Demarcar áreas de risco c) Distribuição das famílias por ACS
d) Para mostrar a área a estudantes, pesquisadores etc. e) Não utilizou f) Outros. Especifique: _____

17. Quando foi realizada a última atualização do cadastramento familiar? OBS: Considere desatualizado o cadastro realizado há mais de um ano

0 - está desatualizado

1 a 12 meses

90 - em cadastramento

99 - permanentemente

18. Assinalar a forma de organização do Prontuário na Unidade de Saúde da Família:

0 – não tem prontuário

1 - prontuário individual

2 - envelope familiar

19. A ESF já realizou ou participou da elaboração do diagnóstico da área? 0 – não 1 – sim

Se SIM, como foi realizado:

- a) Identificação dos grupos de risco da área;
- b) Identificação de escolas, creches, asilos, outras instituições e grupos comunitários;
- c) Levantamento das condições socioeconômicas e sanitárias da população adscrita;
- d) Diagnóstico das doenças mais prevalentes na comunidade.

20. A ESF realiza reuniões para discutir e programar seu trabalho?
0 – A ESF não se reúne 1 – A ESF se reúne, mas sem regularidade 2 – A ESF se reúne mensalmente
3 – A ESF se reúne quinzenalmente 4 – A ESF se reúne semanalmente

21. O que orienta a programação das ações desenvolvidas pela ESF?

(assinale todas as opções que se aplicarem)

0 – Não

1 – Sim

- a) Dados do SIAB b) Orientações da Secretaria Municipal de Saúde
- c) Decisão da ESF a partir da realidade local observada d) Dados de outros Sistemas de Informação
- e) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

22. Qual(is) dos membros da equipe que realizam visita domiciliar?

0 – Não

1 – Sim

- a) Médico b) Enfermeiro c) Auxiliar / Técnico de enfermagem

23. Esta ESF tem agenda de trabalho semanal pré-definida?

0 – Não

1 – Sim

- a) Agentes Comunitários de Saúde-ACS (não considerar apenas as visitas) b) Enfermeiro c) Médico
- d) Auxiliar / Técnico de Enfermagem e) Outros Profissionais da ESF

24. A equipe realiza encontros para discutir casos e textos junto a outras equipes da atenção básica?

0 – não

1 – sim

9 – Discute internamente

25. Como é o processo de supervisão do trabalho dos ACS?

0- não 1- sim

- Há programação prévia da supervisão do trabalho dos ACS nos domicílios e na comunidade
- Os ACS são supervisionados nos treinamentos em serviço ou ocorrência de situações de alto risco à saúde da comunidade
- Os ACS são supervisionados nos casos de suspeita de irregularidades no trabalho ou queixas da comunidade
- O trabalho do ACS é acompanhado apenas através do registro dos dados do SIAB

26. Qual(is) desse(s) item(ns) dificultam(s) o desenvolvimento do trabalho desta equipe?

(assinale todas as opções que se aplicarem) 0 – não 1 – sim

- a) Atraso de salário b) Interferência política (clientelismo)
- c) Falta de transporte para deslocamento da equipe
- d) Capacitação insuficiente para o trabalho comunitário
- e) Desconhecimento da população sobre a proposta do PSF f) Baixos Salários
- g) Alta demanda de trabalho h) Vínculo precário i) Falta de apoio da Gestão Municipal
- j) Desarticulação da equipe k) Profissionais sem perfil
- l) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

27. Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF recebeu visita de supervisão da Coordenação Municipal/distrital do PSF? (Número de visitas de supervisão)

28. Nos últimos 3 meses, quantas vezes a ESF (pelo menos um de seus membros) participou de reunião com a Coordenação Municipal/distrital do PSF? (Número de reuniões com a Coordenação. Municipal)

29. Quais das atividades abaixo são desenvolvidas na USF?

0 – Não 1 – Sim

- a) Faz curativos b) Aplica injeções, além das vacinas c) Realiza nebulização/ inalação
- d) Faz retirada de pontos e) Realiza sutura, quando necessário f) Verifica pressão arterial
- g) Drenagem de abscesso h) Aplica benzetacil i) Colhe sangue para exames na USF
- j) Atendimento em casos de urgência (febre, diarreia etc) k) Terapia de reidratação oral

ACOLHIMENTO, HUMANIZAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

30. Como se dá o acesso do usuário à unidade de saúde?

(verificar o acesso para cada um dos profissionais e preencher o quadro)

0 – Não 1 – Sim

| | Médico | Enfermeiro |
|--|--------|------------|
| 1 - Distribuição de fichas na unidade para o atendimento | | |
| 2 - A marcação é feita por microárea pelo ACS | | |
| 3 - Agenda é aberta (todos os usuários que comparecem à unidade são atendidos e/ou encaminhados) | | |
| 4 – Demanda espontânea | | |
| 5 – Outros | | |

(Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

31. Como é feito o acolhimento na unidade?

0-não 1- sim

- a) Há garantia de atendimento imediato ou escuta com encaminhamento para usuários sem consulta pré-agendada?
- b) Há atendimento preferencial para usuários de maior risco ou vulnerabilidade?
- c) As informações sobre o funcionamento da unidade são disponibilizadas ao usuário de maneira clara e acessível?
- d) Há espaço para registro de reclamações e sugestões dos usuários?
- e) Existe espaço para escuta aos usuários durante todo horário de funcionamento da unidade?

32. Quais os profissionais que fazem o acolhimento?

0- não 1 – sim

- a) Médico b) Enfermeiro c) Auxiliar / Técnico de enfermagem
- d) Cirurgião-dentista e) THD f) ACD
- g) Auxiliar Administrativo/recepcionista h) Agentes comunitários de saúde (ACS)
- i) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

33. Como é realizada a organização do atendimento clínico:

0 – não 1 – sim

- a) **faixa etária:** criança, adolescente, adulto, idoso.
- b) **grupos prioritários:** gestantes, hipertensos, diabéticos.
- c) **risco:** mães analfabetas, baixo nível socioeconômico etc.
- d) **Condições de saúde:** através do levantamento epidemiológico;
- e) **Agenda aberta:** todos os usuários que comparecem à unidade são atendidos e/ou encaminhados;
- f) **Demanda espontânea:** Atendimento de pacientes sem consulta marcada
- g) **Marcação por microárea:** cota de atendimento por ACS

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

34. A ESF participa de atividades voltadas para a solução de problemas relacionados à educação, moradia, agricultura, geração de renda e outros?

0 – Não 1 - Sim

35. Algum dos profissionais da ESF é membro (titular ou suplente) ou participa regularmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS)?

0 – Não 1 - Participa regularmente das reuniões mas não é membro do CMS 2 – É membro do CMS (titular ou suplente)

36. A ESF avalia os serviços por ela prestados à população? (assinale todas as opções que se aplicarem)

0 – Não 1 – Sim

- a) Avalia internamente
b) Avalia com a participação da comunidade
c) Avalia com a participação da Coordenação Municipal
d) Avalia com a participação de outras ESF do município

37. Há grupo gestor na unidade com participação da comunidade?

(Grupo gestor= Comissão ou Conselho com representantes dos trabalhadores, usuários e/ou gestão)

0 – Não 1 - Sim

38. Há ações sistemáticas de educação e promoção à saúde nos espaços citados abaixo?

(Desconsidere ações esporádicas e pontuais)

0 – Não 1 – Sim 2 – Não existe este espaço no território.

- a) Creche b) Escola c) Associações de bairro d) Abrigos e) Orfanatos

39. Há parcerias consolidadas entre a Unidade de Saúde da Família e organizações civis que atuam na comunidade?

(Desconsidere parcerias esporádicas e pontuais)

0 - Não 1 – Sim 2 – Não existe esta organização atuando no território.

- a) Sindicatos
b) Associações de bairro
c) Organizações religiosas
d) ONG
e) Movimentos sociais

40. A unidade utiliza com freqüência, como apoio terapêutico, recursos da própria comunidade?

(Os profissionais incentivam ou encaminham os pacientes para espaços de cuidados populares na comunidade)

0 – Não 1 – Sim 2 – Não existe este espaço atuando no território.

- a) Grupos de convivência/apoio b) Associações de bairro c) Grêmios estudantis
d) Grupos de igrejas e) Centros espíritas f) Rezadeiras

- g) Grupos esportivos (capoeira/ futebol/ caminhada)
 h) Grupos culturais (teatro, dança, etc) i) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

41. A unidade faz uso de terapias alternativas, tradicionais ou complementares, nos processos terapêuticos com os usuários?

- 0 - Não 1 - Sim
- a) Terapia comunitária b) Plantas medicinais c) Massagem d) homeopatia
 e) acupuntura f) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

42. Nos últimos dois meses, quais as reuniões de grupos que aconteceram na USF ou na comunidade com a participação da ESF?

Grupo: _____

Tipo de atividade:

a) reunião temática
 b) palestra
 c) dinâmica de grupo
 d) Outros: _____

Quantos participantes?

Onde foi realizada?

USF Associação
 Igrejas Outro: _____

Assuntos abordados:

Grupo: _____

Tipo de atividade:

a) reunião temática
 b) palestra
 c) dinâmica de grupo
 d) Outros: _____

Quantos participantes?

Onde foi realizada?

USF Associação
 Igrejas Outro: _____

Assuntos abordados:

Grupo: _____

Tipo de atividade:

a) reunião temática
 b) palestra
 c) dinâmica de grupo
 d) Outros: _____

Quantos participantes?

Grupo: _____

Tipo de atividade:

a) reunião temática
 b) palestra
 c) dinâmica de grupo
 d) Outros: _____

Quantos participantes?

| | |
|---|---|
| <p>Onde foi realizada?</p> <p><input type="checkbox"/> USF <input type="checkbox"/> Associação</p> <p><input type="checkbox"/> Igrejas <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Assuntos abordados:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Onde foi realizada?</p> <p><input type="checkbox"/> USF <input type="checkbox"/> Associação</p> <p><input type="checkbox"/> Igrejas <input type="checkbox"/> Outro: _____</p> <p>Assuntos abordados:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|---|

43. Que outras práticas são realizadas na comunidade com a participação da ESF?

0 – com nenhum grupo 1 – com alguns grupos 2 – com todos os grupos

a) Técnicas corporais de relaxamento/alongamento b) Artesanato c) Atividades recreativas

d) Dança e) Mobilizações em defesa de questões da comunidade f) Caminhada

g) Passeios h) Festas i) Campanhas educativas

j) Reuniões regulares com associações ou conselho k) Estimulo a ações na área de empregabilidade e renda

l) Outros. (Se assinalar sim para Outros, especifique) _____

VIGILÂNCIA À SAÚDE (AÇÕES GERAIS)

44. A ESF desenvolve alguma atividade de vigilância Epidemiológica?

0 – Não 1 - Sim 9 – Não se aplica (nunca houve casos na área da equipe)

a) Existe Ficha de Investigação Compulsória na USF b) Realiza notificação compulsória de doenças

c) Realiza investigação de casos notificados d) Participa da investigação do óbito infantil

e) Participa da investigação do óbito materno f) Realiza ações de controle e intervenção em surtos

g) Realiza bloqueio vacinal h) Realiza quimioprofilaxia

j) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) : _____

45. A ESF desenvolve alguma atividade de vigilância sanitária?

0 – Não 1 - Sim

a) Realiza notificação de surtos envolvendo produtos e serviços de interesse da Vigilância Sanitária

b) Orienta os usuários/ em relação à boa conservação de alimentos

c) Orienta os usuários em relação ao perigo de auto medicação

d) Orienta os usuários em relação ao uso de produtos de limpeza e prevenção de acidentes

e) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) : _____

46. A ESF desenvolve alguma atividade relacionada com a vigilância ambiental?

0 – Não 1 - Sim

- a) Ocorre distribuição de Hipoclorito pelo PSF
- b) Coleta material de sorologia para diagnóstico da dengue ou outras endemias;
- c) A USF tem conhecimento do índice de infestação (LI) da Dengue;
- d) Atividades de saneamento básico (controle da qualidade da água, do destino de dejetos e do lixo);
- e) Outros (Se assinalar sim para Outros, especifique) : _____

47. A ESF analisou os dados do SIAB do mês anterior ao preenchimento deste questionário e realizou alguma ação em função dessa análise?

0 – Não analisou 1 - Analisou, mas não realizou qualquer ação 2 – Analisou e agiu

(Se assinalar a opção 2 (Analisou e agiu), especifique a ação realizada) _____

48. Como é feita a consolidação mensal de dados do SIAB por esta ESF?

- 0 – Não realiza consolidação de dados do SIAB
- 1 – O enfermeiro recebe os instrumentos preenchidos pelos ACS e consolida sozinho
- 2 – O enfermeiro consolida os dados do SIAB junto com os ACS
- 3 – Toda a equipe se reúne para consolidação dos dados em conjunto
- 4 – Outra

(Se assinalar a opção 4 (Outra), especifique) _____

49. A ESF (pelo menos um dos membros) discutiu os dados do SIAB com:

0 – Não 1 – Sim

(Com pessoas que não fazem parte da equipe) (assinale todas as opções que se aplicarem)

POPULAÇÃO = considere grupos comunitários, lideranças comunitárias, grupos de moradores, grupos de pacientes, qualquer grupo organizado.

- a) População b) Conselho Municipal de Saúde c) Secretário Municipal de Saúde
- d) Coordenação Municipal do PSF e) Profissionais de outras ESF
- f) Outros (Se assinalar sim na opção outros, especifique) _____

50. A unidade possui sala de situação atualizada mensalmente?

(Entende-se como Sala de Situação a sistematização das informações do SIAB e/ou de outros sistemas de informações, elaboradas pela equipe e divulgadas para a população e/ou utilizadas no planejamento)

0 – Não 1 – Sim

REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

51. Qual a disponibilidade de referência assegurada na rede SUS para realização dos seguintes exames de apoio diagnóstico solicitados pela ESF (no último mês), conforme as definições a seguir?

TOTAL = todos os pacientes tiveram o exame solicitado realizado no último mês

PARCIAL = parte dos pacientes não conseguiu realizar o exame solicitado através da rede SUS no último mês

NENHUMA = nenhum dos pacientes conseguiram realizar o exame solicitado através da rede SUS no último mês

0 – Nenhuma 1 - Parcial 2 – Total

- | | | |
|--|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Hemograma Completo | b) <input type="checkbox"/> Tipagem Sangüínea | c) <input type="checkbox"/> Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico |
| d) <input type="checkbox"/> Glicemia de jejum | e) <input type="checkbox"/> VDRL | f) <input type="checkbox"/> Sumário de Urina |
| g) <input type="checkbox"/> Cultura de Urina | h) <input type="checkbox"/> Cultura de Fezes | i) <input type="checkbox"/> Eletrocardiografia |
| j) <input type="checkbox"/> Exame Parasitológico de Fezes | | k) <input type="checkbox"/> Ultra-sonografia Obstétrica |
| l) <input type="checkbox"/> Citopatologia de colo do útero | | m) <input type="checkbox"/> Colposcopia |
| n) <input type="checkbox"/> Raios X (tórax, abdome e extremidades) | | |

52. Existem serviços disponíveis para encaminhamento de pacientes atendidos pela ESF:

(assinale todas as opções que se aplicarem)

Considere serviços existentes no município ou fora dele

MÉDIA COMPLEXIDADE – incorpora as consultas e os procedimentos médicos especializados e uma série de exames diagnósticos (SADT), excluindo aqueles definidos para como de alta complexidade

ALTA COMPLEXIDADE – incorpora exclusivamente os Seguintes grupos de procedimentos: Hemodinâmica, Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiologia Intervencionista e Ações de Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

0 – Não 1 – Sim

- | | |
|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Ambulatoriais de Média Complexidade | b) <input type="checkbox"/> Ambulatoriais de Alta Complexidade |
| c) <input type="checkbox"/> Serviços Hospitalares | d) <input type="checkbox"/> Maternidade |

53. Como a ESF faz o encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento especializado?

0 – Não 1 – Sim

- Orienta verbalmente o paciente onde procurar o atendimento
- Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para encaminhamento)
- Encaminha o paciente com relatório completo do caso
- Agendamento através de Centrais de Atendimento (Centrais de Marcação)
- Outra forma (especifique) : _____

54. Como a ESF faz o encaminhamento de pacientes que precisam de atendimento internamento?

0 – Não 1 – Sim

- Orienta verbalmente o paciente onde procurar o atendimento
- Encaminha o paciente com uma solicitação escrita para atendimento (formulário para encaminhamento)
- Encaminha o paciente com relatório completo do caso (formulário para referência e contra-referência)
- Agendamento através de Centrais de Internamento (Centrais de Leitos)
- Outra forma : _____



55. Dos pacientes que a ESF encaminha, que informações são recebidas como contra-referência do atendimento?

(Marque a situação mais freqüente)

0 – Não recebe nenhuma informação do serviço referido

1 - Recebe relatório escrito do atendimento e das providências tomadas

2 – Outra forma: _____

56. Os profissionais possuem algum(ns) dos seguintes cursos?

Assinalar o(s) item(ns) que já tiverem sido concluídos.

Preencher os campos do profissional que está sendo entrevistado.

M = médico E = enfermeiro(a) AE = auxiliar de enfermagem ACS = Agente Comunitário de Saúde

0 – não 1 – sim

| | M | E | AE | ACS | |
|----|---|---|----|-----|--|
| a) | | | | | Treinamento introdutório ao Saúde da Família |
| b) | | | | | Aperfeiçoamento em Saúde da Família |
| c) | | | | | Especialização em Saúde Pública / Saúde da Família |
| d) | | | | | Residência em Saúde Pública / Saúde da Família |
| e) | | | | | Mestrado/Doutorado em Saúde Pública |
| f) | | | | | AIDPI |
| g) | | | | | Diabetes |
| h) | | | | | Hipertensão |
| i) | | | | | DST/AIDS |
| j) | | | | | Hanseníase |
| k) | | | | | Tuberculose |
| l) | | | | | Saúde do Trabalhador |
| m) | | | | | Saúde da Mulher |

57. Qual a forma de vínculo dos profissionais dessa equipe?

M = médico E = enfermeiro(a) AE = auxiliar de enfermagem ACS = Agente Comunitário de Saúde

0 – não 1 – sim

| | Me | En | AE | ACS | |
|----|----|----|----|-----|---------------------------|
| a) | | | | | Adesão |
| b) | | | | | Contrato |
| c) | | | | | Concurso para PSF |
| d) | | | | | Outro. Especificar: _____ |

SAÚDE DA MULHER

58. Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada relativas à Saúde da Mulher:

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- 1) Faz busca ativa para citologia oncótica das mulheres de 25 a 59 anos
- 2) Coleta material para citologia oncótica
- 3) Entrega o resultado de citologia oncótica em até 60 dias
- 4) Realiza consulta ginecológica pelo médico de saúde da família
- 5) Garante o encaminhamento dos casos de citologia oncótica alterados para serviços especializados
- 6) Acompanha na USF os casos de citologia oncótica alterados encaminhados para centros de referência
- 7) Examina as mamas durante a consulta
- 8) Orienta o auto-exame das mamas
- 9) Solicita mamografia para mulheres com idade acima de 40 anos
- 10) Garante encaminhamento para inserção do DIU
- 11) Pré-natal – realiza consulta médica
- 12) Pré-natal – realiza exames laboratoriais, tais como grupo sanguíneo, fator Rh, VDRL, glicemia em jejum, sumário de urina, dosagem de hemoglobina, teste anti-HIV
- 13) Pré-natal – Realiza aconselhamento às mulheres ao solicitar o teste de HIV
- 14) Pré-natal – garante encaminhamento das gestantes de risco a serviços de referencia
- 15) Pré-natal – acompanha na USF as gestantes de risco encaminhadas para o(s) centro(s) de referência
- 16) Pré-natal – avalia o estado nutricional da gestante
- 17) Pré-natal – Inicia o pré-natal no primeiro trimestre
- 18) Pré-natal – Existe parteira na área que atende à gestante
- 19) Puerpério – realiza consulta médica até 42 dias
- 20) Puerpério – Realiza visita domiciliar em até 15 dias pós-parto (orientando sobre os cuidados gerais com o recém nascido e planejamento familiar)
- 21) Puerpério – Durante a visita domiciliar referida acima, realiza retirada dos pontos da cirurgia do parto

SAÚDE DA CRIANÇA

59. Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada relativas à Saúde da Criança:

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) Crescimento e desenvolvimento – Realiza consulta médica
- b) A equipe faz o monitoramento de “crianças de risco”?
- c) Realiza, no mínimo, 7 consultas de puericultura no 1º ano de vida
- d) Atende e orienta os casos de diarreia
- e) Fornece sulfato ferroso para crianças de 6 a 24 meses
- f) Fornece Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses
- g) Desenvolve ações para IRA e Asma
- h) Realiza alguma ação especial para crianças desnutridas
- i) Aplica estratégia AIDPI (médico)
- j) Aplica estratégia AIDPI (enfermeiro)
- k) Referencia para triagem neonatal (teste do pezinho até 30 dias após o nascimento)

SAÚDE DO ADOLESCENTE

60. Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada relativas à Saúde do Adolescente:

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) Monitora o crescimento e desenvolvimento físico e psíquico
- b) Acompanha calendário vacinal
- c) Realiza classificação de risco do adolescente
- d) Realiza busca ativa de adolescentes de risco
- e) Realiza atividades sistemáticas sobre prevenção de drogas
- f) Realiza atividades sistemáticas sobre sexualidade e prevenção de gravidez precoce
- g) Prioriza o atendimento de adolescente de risco
- h) Encaminha adolescente para serviços especializados
- i) Se sim, continua acompanhando na USF os adolescentes encaminhados para o serviço especializado

SAÚDE DO IDOSO

63. Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada relativas à Saúde do Idoso:

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) O idoso tem prioridade no atendimento
- b) Quando necessário, encaminha para reabilitação o idoso com alteração neuro-psico-motora
- c) Garante as vacinas necessárias à população idosa
- d) Identifica alguma pessoa (cuidador ou não) que o idoso possa recorrer em caso de necessidade
- e) Orienta os cuidadores domiciliares
- f) Orienta e estimula a realização de atividade física
- g) Orienta quanto à adequação física da residência
- h) Orienta sobre alimentação adequada
- i) Orienta sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis
- j) Realiza visita domiciliar aos acamados? Com que frequência?
1) semanal 2) quinzenal 3) mensal 4) outra: _____

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

64. Existe Instituições de Longa Permanência (abrigo) na área de abrangência da ESF?

0 – Não 1 - Sim

Se sim, a equipe dá cobertura a estas Instituições de Longa Permanência (abrigo)?

0 - Não 1 - Sim, faz parte da rotina. 2 - Sim, mas apenas quando identifica a necessidade

SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

65. Realiza as seguintes atividades relacionadas à saúde da pessoa com deficiência?

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) registro das pessoas com deficiência (física, auditiva, visual e mental)
- b) Encaminhamento para diagnóstico, tratamento, reabilitação
- c) Encaminhamento para concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
- d) Encaminhamento para tratamento das crianças de risco com alteração no desenvolvimento neuro-psicomotor e má formação congênita

66. Existe equipe de reabilitação para atender às pessoas com deficiência na própria comunidade?

0 – não 1 – sim

67. Há interação entre a ESF e a escola, acompanhando as pessoas com deficiência?

0 – não 1 – sim

68. Inclui as pessoas com deficiência nos programas de saúde da unidade (diabetes, hipertensão, etc.)?

0 – não 1 – sim

69. Existe acessibilidade para as pessoas com deficiência nesta unidade?

0 – não 1 - sim

- a) Rampa b) Banheiro adaptado c) Sinalização em braille e/ou alto relevo e/ou letras ampliadas
d) Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)

SAÚDE DO HOMEM

70. As seguintes atividades em SAÚDE DO HOMEM são realizadas pela ESF?

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) Realiza atividades para inserção do usuário homem nos serviços.
b) Realiza ações referentes às DST/AIDS.
c) Realiza ações de promoção/ prevenção do álcool, tabaco e outras drogas.
d) Realiza atividades informando sobre a prevenção do câncer de próstata;
e) Encaminha usuários maiores de 40 anos para realizar exames de prevenção de câncer de próstata.

ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO

71. Realiza as seguintes ações?

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) Diagnóstico clínico
b) Acompanha no domicílio pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
c) Referencia para serviços especializados usuários com suspeita de complicações
d) Investiga usuários com fatores de risco.
e) Aferição de pressão arterial em cada consulta
f) Faz o acompanhamento mensal pelo ACS
g) Realizam busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão na população

ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO

72. Realiza as seguintes ações?

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- a) Diagnóstico clínico
- b) Acompanhamento no domicílio, quando necessário.
- c) Realiza exame dos níveis de glicose capilar
- d) Investiga usuários com fatores de risco
- e) Faz o acompanhamento mensal pelo ACS
- f) Realizam busca ativa para detecção de novos casos de Diabetes na população

CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST/HIV-AIDS)

73. Assinale a alternativa adequada para cada atividade listada relativas ao Controle e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST/HIV-AIDS)

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos) 9 – Não houve caso

- a) Garante a distribuição de preservativos para prevenção das DST
- b) Promove ações sistemáticas de prevenção da infecção pelo HIV/DST
- c) Indica realização do teste Anti- HIV sempre que a pessoa se expuser à situação de risco
- d) Realiza o diagnóstico sintomático dos portadores de DST
- e) Realiza tratamento após diagnóstico sintomático dos portadores de DST
- f) Dá apoio aos familiares de portadores HIV/Aids
- g) Garante tratamento penicilínico
- h) Orienta à gestante sobre o uso de preservativos durante e após a gravidez
- i) Garante exame VDRL para gestante
- j) Notifica caso de sífilis na gestante
- k) Garante teste anti-HIV para gestante
- l) Notifica caso de gestante HIV+
- m) É garantido ao serviço de referência para a gestante portadora de HIV
- n) Apóia as gestantes portadoras, garantindo adesão ao tratamento
- o) Acompanha a criança filha de mãe HIV+
- p) Garante que a criança de mãe HIV+ seja acompanhada pelo serviço de referência

SAÚDE DO TRABALHADOR

74. As seguintes atividades em SAÚDE DO TRABALHADOR são realizadas pela ESF?

0 – não realiza 1 – Realiza às vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos) 9 – Não houve caso

- a) Identifica atividades produtivas na área, perigo e riscos potenciais ao trabalhador
- b) Identifica trabalho infantil (crianças menores de 10 anos)
- c) Registra a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
- d) Atualiza a ocupação na ficha de cadastro do SIAB
- e) Encaminha os casos de acidente ou doenças relacionados ao trabalho p/ preenchimento da CAT (Centros de referências, Delegacias Regionais do Trabalho, outros)

ASSISTÊNCIA A SAÚDE MENTAL

75. Quando atendeu o último caso? _____ (período em meses)

9 – Marcar se a equipe nunca identificou um caso de usuário com transtorno mental.

a) Como identificou o caso?

- Encaminhado de outro serviço ACS identificou Trazido pela família Diagnosticado pelo médico da USF
 Diagnosticado pelo enfermeiro da USF

Quais ações são realizadas aos portadores de sofrimento psíquico em Saúde Mental?

0-não 1-sim

- a) Visitas Domiciliares?
- b) Atendimento individual?
- c) Palestras, onde?
- d) Grupos?
- e) Realiza Diagnóstico?
- f) Prescreve receitas de medicamentos psiquiátricos (ansiolíticos, benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos)?
- g) Acompanha o usuário em uso de medicamentos?
- h) Referencia para outros serviços quando necessário?
- i) Acompanha os usuários referenciados?
- j) Realiza busca ativa dos casos?
- l) Acompanha usuários oriundos de hospitais psiquiátricos?
- m) Realiza atividades para inserção do usuário na comunidade?
- n) A ESF teve treinamento em saúde Mental?
- o) Existe CAPS (Centro de Atenção a Saúde Mental) no Município?
- p) Se sim a ESF tem articulação com o serviço?

q) Conhece o Programa de Volta Pra Casa e Residências Terapêuticas?

r) Outros _____

ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

76. Quando atendeu o último caso? _____ (período em meses)

9 – Marcar se a equipe nunca identificou um caso de usuário com hanseníase.

a) Como identificou o caso?

Encaminhado de outro serviço ACS identificou Trazido pela família Diagnosticado pelo médico da USF

Diagnosticado pelo enfermeiro da USF

O que foi feito?

(essa pergunta é aberta e tem como objetivo fazer o profissional descrever os procedimentos realizados para o caso atendido. O pesquisador deve fazê-la e ir marcando as opções de acordo com a resposta dada pelo entrevistado)

- b) Acompanhou o usuário em uso de medicamentos
c) Referenciou para outros serviços quando necessário
d) Acompanhou na USF o usuário referenciado
e) Realizou atividades para inserção do usuário na comunidade
f) Outro _____

E para todos outros casos de Hanseníase atendidos?

0 – não 1 – Realizou algumas vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- g) Já realizou dose supervisionada de medicamento para pacientes com hanseníase
h) Faz captação de sintomáticos dermatológicos i) Realiza o exame de comunicantes
j) Realiza busca aos pacientes faltosos k) Possui "livro de registro" preenchido
l) Realizou exame para identificar incapacidade física
m) Orientou uso de sapatos adequados e cuidado com os pés
n) Orienta a realização dos exercícios para prevenir deformidades

CONTROLE DA TUBERCULOSE

77. Quando atendeu o último caso? _____ (período em meses)

9 – Marcar se a equipe nunca identificou um caso de usuário com tuberculose.

a) Como identificou o caso?

Encaminhado de outro serviço ACS identificou Trazido pela família Diagnosticado pelo médico da USF

Diagnosticado pelo enfermeiro da USF

O que foi feito?

(essa pergunta é aberta e tem como objetivo fazer o profissional descrever os procedimentos realizados para o caso atendido. O pesquisador deve fazê-la e ir marcando as opções de acordo com a resposta dada pelo entrevistado)

- b) Acompanhou o usuário em uso de medicamentos
c) Referenciou para outros serviços quando necessário

- d) Solicitou exames complementares
e) Acompanhou na USF os usuários referenciados
f) Acompanhou em domicílio
g) Realizou atividades para inserção do usuário na comunidade
h) Outro _____

E para todos outros casos de Tuberculose atendidos?

0 – não 1 – Realizou algumas vezes (em alguns casos) 2 – Realiza sempre (em todos os casos)

- i) Já realizou dose supervisionada de medicamento para pacientes com tuberculose
j) Faz captação de sintomáticos respiratórios
k) Realiza o exame de comunicantes
l) Realiza busca aos pacientes faltosos
m) Possui "livro de registro" preenchido

ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, FUMO E OUTRAS DROGAS

78. Quando atendeu o último caso? _____ (período em meses)

- 9 – Marcar se a equipe nunca identificou um caso de usuário dependente.

a) Como identificou o caso?

- Encaminhado de outro serviço ACS identificou Trazido pela família Diagnosticado pelo médico da USF
 Diagnosticado pelo enfermeiro da USF

Em relação ao uso de álcool e outras drogas, quais ações são realizadas?

0-não 1-sim

- a) Visitas Domiciliares?
b) Atendimento individual?
c) Palestras, onde?
d) Grupos?
e) Realiza Diagnóstico clínico?
f) Identifica comorbidades (depressão, síndrome do pânico, psicose)?
g) Prescreve aversivos (dissulfiram - antabuse, antitanol, etc.)?
h) Prescreve receitas de medicamentos
i) Acompanha o usuário em uso de medicamentos?
j) Referencia para outros serviços quando necessário? Qual?
l) Acompanha os usuários referenciados?
m) Realiza busca ativa dos casos?
n) Acompanha usuários de álcool e outras drogas oriundos de hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas?

- o) Realiza atividades para inserção do usuário na comunidade?
p) A ESF desenvolve interação com outros serviços (ONG, AA, serviços religiosos de reabilitação)
q) A ESF teve treinamento em uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas?
r) Existe CAPS -AD(Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas) no Município?
Se sim, a ESF tem articulação com o serviço?
s) Outros _____

VIOLÊNCIA

79. A equipe já identificou casos de violência doméstica ou sexual na comunidade?

0 – Não 1 - Sim

- a) Criança b) Adolescente c) Adulto d) Idoso e) Mulher

Quando atendeu o último caso? _____ (período em meses) Qual o grupo? _____

9 – Marcar se a equipe nunca identificou um caso de violência?

99 – Marcar se a equipe identificou, mas não realizou nenhuma ação específica para o caso

Como identificou o caso?

- f) Encaminhado de outro serviço g) ACS identificou h) Trazido pela família i) Identificado por outro membro da equipe

O que foi feito?

(essa pergunta é aberta e tem como objetivo fazer o profissional descrever os procedimentos realizados para o caso atendido. O pesquisador deve fazê-la e ir marcando as opções de acordo com a resposta dada pelo entrevistado)

- j) Identificação do caso k) Consulta de acompanhamento l) Distribuição de medicação
m) Encaminhamento n) Denúncia aos Órgãos competentes o) Notificação à Secretaria de Saúde
p) Outro: _____

PESQUISADOR: _____

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO: avaliando a estrutura e o processo de trabalho das equipes de saúde da família”.

Pesquisador responsável: Fernando Castim Pimentel

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 30/10/2014

Registro no CAAE: 37967014.3.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 926.367

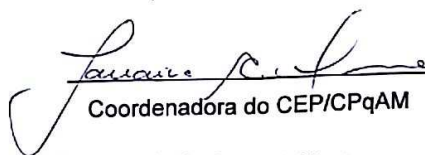
PARECER

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 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 10 de dezembro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 de fevereiro de 2015.


Coordenadora do CEP/CPqAM

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

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



Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde

ANEXO C – Aprovação do Artigo 1 na Revista Saúde em Debate

(1 não lidos) - nandocastim - Yahoo Mail Página 1 de


Entrada (1)
Rascunhos
Enviadas
Spam (7)
Lixeira (3)
Pastas
Visualizações inteligentes
Recente

Patrocinado

Deixe seu lado lutador falar mais alto. Assine a Catho e vá à luta por um emprego novo.

Revista Saúde em Debate - Seu artigo foi avaliado(4) 15 Ago 2014

Revista Saúde em Debate
Para: eu

ORGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104

saúde  **cebes**
Revista Oficial do Conselho Brasileiro de Entendimento Saúde
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Prezado(a) colega Fernando Castim Pimentel,

seu artigo, **A Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional**, acaba de ser **aprovado** pela Editoria da Revista Saúde em Debate.

Lembramos que deve ser encaminhado por correio regular (Av. Brasil, 4036 Sala 802 - Manginhos) ou fax (21) - 2260-3782 os seguintes documentos:

- 1- Declaração de autoria conforme modelo disponível no site (menu Artigos e Submissão). Cada autor deve assinar a declaração, Informação sobre o que cada autor realizou no trabalho.
- 2- Declaração sobre conflitos de interesse.
- 3- No caso de pesquisas que envolvem seres humanos nos termos da Resolução 196/96 do CNS, enviar cópia do comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP institucional antes do início da pesquisa

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104
Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manginhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: [21] 3882-9140 e [21] 3882-9141 - FAX.: [21] 2260-3782 - revista@saude-em-debate.org.br
© Todos os direitos reservados para CEBES - Desenvolvido por Zanda Multimídias da Informação

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

| | | |
|---|---|-------------|
| eu | Aprovado 1º artigo da tese. Revista Saúde em Debate - CEBES Obrig | 15 Ago 2014 |
| Wayner Vieira de Souza | Olá, Parabéns e vamos em frente. Um abraço. | 15 Ago 2014 |
| Paulette CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE | Parabéns, Fernando!!! Muil | 15 Ago 2014 |

Clique para responder para todos

COM GARANTIA
GELADEIRA
1 ANO DE GARANTIA
PARA SEU CARRÃO
OU ESCRITÓRIO
R\$259,90
Comprar

ANEXO D – Submissão do artigo 2 à Revista baiana de Saúde Pública

(1 não lidos) - nandocastim - Yahoo Mail Página 1

[Início](#) [Mail](#) [Notícias](#) [Esportes](#) [Finanças](#) [Tempo](#) [Jogos](#) [Grupos](#) [Respostas](#) [Screen](#) [Flickr](#) [Celular](#) | [Mais](#)

[Buscar no Yahoo Mail](#) [Buscar na Web](#) [Início](#) [fernando](#)

[Escrever](#) [Resultados da busca](#) [Apagar](#) [Mover](#) [Spam](#) [Mais](#)

Entrada (1)
 Rascunhos
 Enviadas
 Spam (7)
 Lixeira (3)
 > Pastas
 > Visualizações inteligentes
 > Recente

[INSEER] Agradecimento pela Submissão

5 Dez 2014

Para eu

Fernando Pimentel,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "A Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco: avaliação do processo de trabalho das equipes por porte populacional" para Revista Baiana de Saúde Pública. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/author/submission/1582>
 Login: nandocastim

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Joana Angelica Oliveira Molesini
 Revista Baiana de Saúde Pública
 Revista Baiana de Saúde Pública
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/>

[Responder](#), [Responder a todos](#) ou [Encaminhar](#) | [Mais](#)

Clique para responder para todos

SAFARISTOP
GELADEIRA

1 ANO DE GARANTIA
 PARA SEU CARRO
 OU ESCRITÓRIO

BAIXO O PREÇO!!!
 De R\$399,00
 Por **R\$259,90**

[Comprar](#)

ANEXO E – Submissão do artigo 3 à Revista Ciência & Saúde Coletiva

andocastim - Yahoo Mail Página

[Início](#) [Mail](#) [Notícias](#) [Esportes](#) [Finanças](#) [Tempo](#) [Jogos](#) [Grupos](#) [Respostas](#) [Screen](#) [Híbr](#) [Celular](#) [Mais](#)

[Buscar no Mail](#) [Buscar na Web](#) [Início](#) [Ter](#)

[Escrever](#) [Apagar](#) [Mover](#) [Spam](#) [Mais](#)

Entrada
 Rascunhos (2)
 Enviadas
Spam (19)
Lixeira (4)
 Pastas
 Visualizações inteligentes
 Recente

Publicidade

NET

A NET ganhou pernas
 NET Virtua
 30 Mega
 Wi-fi grátis + 4G
 Assine 3003 3448

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2015-0186 Pesquisar

rochadanuzia@gmail.com Hoje em 12:15 AM

Para: eu

CC: eu, paulette.cavalcanti@gmail.com, paulette@cpqam.fiocruz.br, wayner@cpqam.fiocruz.br

04-Mar-2015

Dear Dr. Pimentel:

Your manuscript entitled "A evolução da Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: comparativo entre os anos de 1999 e 2009" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2015-0186.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
 Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

Clique para responder para todos

[T](#) **B** *I* **A** [≡](#) [+](#) [≡](#) [≡](#) [🔗](#) [😊](#) [abc](#) [⏪](#)

Transfo
 sua via
 em um
 experi
 incrível

