

Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia

Organization of health care for chronic conditions by Family Health teams in the Amazon

Luiza Garnelo¹, Ana Cyra dos Santos Lucas², Rosana Cristina Pereira Parente³, Esron Soares Carvalho Rocha⁴, Maria Jacirema F. Gonçalves⁵

¹Doutora em Ciências Sociais pelo departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. Professora da Universidade Nilton Lins – Manaus (AM), Brasil. malupereira2011@gmail.com

²Doutora em Toxicologia e Legislação Sanitária pela Universidade de Santiago de Compostela – Santiago de Compostela (Galiza), Espanha. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. alucas@ufam.edu.br

³Doutora em Estatística Experimental pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa Saúde Sociedade e Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. rosanacpparente@gmail.com

⁴Mestre em Sociedade e Cultura pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. Docente da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. willy.rocha@hotmail.com

⁵Doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Manaus (AM), Brasil. Docente da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil. jaciremagoncalves@gmail.com

RESUMO Este estudo tem por objetivo descrever a organização do cuidado especialmente direcionado a condições crônicas por equipes da Estratégia Saúde Família no estado do Amazonas e região Amazônica, Brasil. Trata-se de pesquisa avaliativa baseada em observação em unidades básicas de saúde e entrevistas com profissionais. Os resultados indicam alta rotatividade de profissionais, baixa disponibilidade de insumos indispensáveis ao atendimento; organização fragmentária do cuidado; limitado uso de protocolos, planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade. A situação reflete-se em falta de longitudinalidade e integralidade do cuidado, pautado em demanda espontânea e voltado às queixas clínicas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Básica à Saúde; Saúde da família; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT We describe health care organization, mainly as for chronic diseases, by Family Health Strategy teams in Amazonas State and Amazon region, Brazil. The assessing research grounds on basic health units' observation and on interviews with professionals. The results indicate high professionals' turnover, low availability of essential inputs to care; fragmented care organization; limited use of protocols, planning and scheduling based on risk and vulnerability criteria. The current condition is reflected in the lack of care longitudinal follow up and comprehensiveness, which relies on spontaneous demand and is addressed to clinical complaints.

KEYWORDS Primary Health Care; Family health; Family Health Strategy.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais para a garantia de acesso aos serviços de saúde, com prioridade para a Atenção Básica Em Saúde, que tem na Saúde da Família a estratégia prioritária à sua expansão e consolidação (BRASIL, 2011A). No âmbito do SUS, a Atenção Básica (AB) tem sido considerada uma forma de operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS), devendo ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011A).

O atendimento a tais objetivos demanda reorganização dos processos de trabalho de equipes vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) e em particular do cuidado ali ofertado, respeitando as necessidades da população no território adscrito às equipes de saúde da família. Nesse contexto, observa-se preocupação com a avaliação da Atenção Básica (CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ROCHA *ET AL.*, 2008; VAN STRALEN *ET AL.*, 2008; SARTI *ET AL.*, 2012), embora sejam escassas as publicações sobre a organização do cuidado, considerada elemento central para a conversão do atual modelo assistencial praticado no âmbito do SUS (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002; CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ALVES JUNIOR, 2011). Algumas publicações que avaliaram a qualidade da atenção também abordaram, tangencialmente, a qualidade do cuidado e concluíram que, embora apontada como estratégia de reestruturação do sistema de atenção à saúde, a atuação das equipes de Saúde da Família permanece presa ao modelo de atendimento biomédico e centrada no procedimento fragmentário, oriundo da demanda espontânea (SCOREL *ET AL.*, 2007; MELO *ET AL.*, 2008; COSTA *ET AL.*, 2009). Os mesmos autores consideram a reduzida prioridade conferida à prevenção

e promoção à saúde, ao lado da ausência de ações intersetoriais. Quando ocorre, é algo feito à custa do engajamento dos agentes comunitários de saúde, com limitada participação de profissionais de nível superior (CAMPOS, 2006; SCOREL *ET AL.*, 2007; MELO *ET AL.*, 2008).

Nesse cenário, considera-se que os avanços de extensão de cobertura promovidos pela ESF ainda não redundaram na preconizada reorganização das práticas assistenciais nem alcançaram a capacidade de intervir em determinantes sociais do processo saúde-doença, causando impactos positivos nas condições de vida da população atendida na AB (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; OMS, 2008; RASANATHAN *ET AL.*, 2011).

A forte presença da atenção programática na AB guarda congruência com prioridades epidemiológicas identificadas pelas autoridades sanitárias, o que a torna um relevante vetor organizativo da oferta de cuidados nas unidades de saúde da família (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; SCOREL *ET AL.*, 2007). Dentre as diversas modalidades de atenção programática, assinala-se a centralidade do programa de controle de hipertensão e diabetes (Hiperdia), assinalado por diversos autores (SCOREL *ET AL.*, 2007; ALVES JUNIOR, 2011) como um dos programas de saúde com elevada extensão de cobertura e significativa importância epidemiológica, dado o crescimento da morbimortalidade pelas chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) (ALVES JUNIOR, 2011). A literatura sobre a organização do cuidado às DCNT é reduzida, pois há priorização de temas específicos, como cuidados com o pé diabético (BRASIL, 2006A) e com a pressão arterial (BRASIL, 2006B). Registre-se a exceção representada pelo artigo de Souza e Garnelo (2008), que analisou a prestação de cuidados a hipertensos e diabéticos em unidade da ESF em Manaus, detectando atividades marcadas pela descontinuidade, fragmentação, baixa resolutividade e falta de acesso aos níveis secundários e terciários de atenção.

O imperativo de aprimorar a organização e melhoria do acesso e qualidade da atenção

à saúde tem gerado iniciativas de monitoramento e avaliação, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012) e a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2012), que atribuem às unidades de saúde da família o papel central na coordenação do cuidado, nos diversos níveis de resolatividade, com vistas à promoção da saúde e da integralidade do cuidado (PAIM, 2002; MALTA; MERHY, 2010).

Uma das inovações trazidas por tais enfoques toma como base o conceito de condições crônicas de saúde, promovendo o cuidado como categoria nucleadora para a (re) organização do serviço. Condições crônicas de saúde são circunstâncias na saúde das pessoas, apresentam-se de forma mais ou menos persistentes e exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos usuários; seu conceito vai além daquele de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez e o acompanhamento dos ciclos de vida (MENDES, 2012).

O conceito de condições crônicas de saúde permite superar o enfoque convencional centrado na doença e priorizar a organização do trabalho da equipe como ferramenta de provisão de cuidados adequados ao enfrentamento dos problemas de saúde que afligem determinada população. Outra vantagem desse enfoque é a possibilidade de tratar de forma unitária diversos tipos de cuidado voltados para o controle de agravos de longa duração, que exigem respostas longitudinais do sistema de saúde. Entretanto, no âmbito da atenção programática, ainda são tratados como singularidades, demarcadas pela etiopatogenia particular de cada uma das doenças de interesse epidemiológico, o que justifica a existência do programa de saúde (MENDES, 2012).

Este texto visa a descrever aspectos relacionados à organização do cuidado em saúde – especialmente aqueles direcionados às

condições crônicas selecionadas – providos por equipes que atuam na ESF no estado do Amazonas e na região Amazônica, norte do Brasil, que aderiam ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde (MS), na etapa avaliativa realizada em 2012.

Métodos

Os dados foram coletados no âmbito do PMAQ-AB, no componente de Avaliação Externa, Ciclo 1 (BRASIL, 2011B; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012), onde ocorreu a aplicação de três módulos de questionários (BRASIL, 2012) em meio eletrônico: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; e Módulo III – Entrevistas com usuários. Para este estudo, priorizaram-se itens dos módulos I e II, permitindo analisar os aspectos relacionados à organização do cuidado dirigido às condições crônicas.

O PMAQ-AB é uma pesquisa avaliativa de tipo normativa, que adota como eixo elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da Atenção Básica; estrutura e condições de funcionamento das UBS; valorização dos trabalhadores; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e à utilização, participação e satisfação dos usuários. Avalia-se, por equipe de Saúde da Família, o acesso à implantação de dispositivos como acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho, além de padrões de qualidade relacionados à atenção às linhas de cuidado prioritizadas (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Do amplo banco de dados gerado pela pesquisa, filtraram-se somente as questões de interesse para o controle das condições crônicas que, para fins deste artigo, compreenderam ações de prevenção e controle da diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase. Em congruência com os princípios da

avaliação normativa, utilizaram-se as normas técnicas da atenção programática para o controle desses agravos, como padrão de referência para avaliar a disponibilidade e realização de tais rotinas nas unidades de saúde. As variáveis selecionadas para proceder à avaliação estão dispostas nas *tabelas 1 a 6*, na seção Resultados.

Realizou-se a coleta de dados em todo o país durante o período de junho a setembro de 2012 por uma rede de pesquisadores envolvidos com a Avaliação Externa, mediante uso de instrumento (BRASIL, 2012) produzido por meio de consenso entre pares, em fase anterior à coleta. Os entrevistadores foram previamente treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades de saúde da família que optaram pela adesão ao PMAQ-AB. Aplicou-se a entrevista em profissionais responsáveis pelas equipes e avaliaram-se os itens relativos a equipamentos, suprimentos e estrutura física das unidades de saúde onde as equipes atuam por meio de verificação *in loco*.

Universo da Pesquisa: tomando-se como base os dados da avaliação do Brasil como um todo, foram selecionadas informações relativas a 173 equipes que atuam em 26 municípios no estado do Amazonas (42% do total de 62 municípios); a 872 equipes que atuam em 253 municípios dos outros estados da Amazônia (Pará, Amapá, Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins); e a 17.202 equipes no Brasil. A adesão voluntária foi a base para a realização das ações de Avaliação Externa do PMAQ-AB, portanto, a seleção das equipes para análise não foi randômica, e, sim, relativa ao universo das equipes que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo MS.

Tratou-se os dados por equipe avaliada (entrevista com profissionais) ou por UBS (observação da estrutura). A análise foi realizada segundo a frequência de respostas afirmativas na região Norte e no Brasil, tratando-se em separado os dados relativos ao estado do Amazonas com vistas à comparação do Estado com o restante da Amazônia e com o cenário brasileiro como um todo.

Resultados

Quase todos os profissionais que responderam ao questionário de Avaliação Externa para o Amazonas e conjunto da Amazônia são enfermeiros (91,9% e 94,3%), seguidos de médicos (6,9% e 3,0%) e cirurgiões-dentistas (1,2% e 2,7%). O tempo mediano de atuação do profissional na equipe avaliada foi de um ano para o Amazonas e de dois anos para o restante da região e para o Brasil. Quanto à formação complementar à graduação, 83,4% concluiu especialização ou residência, sendo 79,2% no Amazonas e 73% na região Norte; somente dois (1,2%) profissionais no Amazonas e seis (0,7%) na região Norte cursaram a área de saúde pública ou saúde da família e comunidade.

A *tabela 1* lista alguns materiais e serviços disponíveis nas UBS considerados necessários à organização do cuidado a usuários com condições e agravos crônicos neste estudo. Observa-se que a consulta está disponível em apenas 94,8% das UBS no Amazonas e que esses percentuais são de somente 85,5% e 91% para o restante da região e do Brasil, respectivamente. A consulta de enfermagem apresenta percentual maior no Amazonas (97%) do que no restante da região Norte (95,6%) e do Brasil como um todo (91%), embora o profissional enfermeiro não esteja disponível em todas as UBS cujas equipes aderiram ao PMAQ-AB. Quanto aos insumos, os itens antropômetro, tensiômetro, balança 150 kg, estetoscópio, glicosímetro, glicofita e fita métrica, necessários ao acompanhamento de hipertensos, diabéticos e obesos, não estão disponíveis em todas as UBS, seja no Amazonas, na região Norte ou no Brasil. No entanto, o baixo percentual de antropômetros no Amazonas e a disponibilidade, em pouco mais de 90% dos casos, de somente um tensiômetro e um estetoscópio por equipe é fato relevante.

As atividades de programação do cuidado informadas pelos entrevistados estão na *tabela 2*. Nela, se observa que, em quase todos os

Tabela 1. Percentual de unidades de saúde que dispõem dos serviços ou materiais para a Atenção Básica, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Um ou mais serviços ou materiais disponíveis aos usuários e equipe	Amazonas n=134	Norte** n=690	Brasil n=13.920
Consulta médica	94,8	85,5	91
Consulta de enfermagem	97	95,6	96,5
Serviço de Acolhimento	55,2	59,1	76,9
Sala de Acolhimento*	10,4	31,7	33,5
Antropômetro*	45,5	58,7	57,9
Tensiómetro adulto*	97,8	99	98,5
Balança 150 kg*	87,3	85,2	81,9
Balança 200 kg*	8,2	12,9	15,1
Estetoscópio adulto*	96,3	95,8	98
Glicosímetro*	94	87,4	94,9
Oftalmoscópio*	11,2	12,5	12,8
Fita métrica (sempre disponível)	89,5	91,4	95,5
Glicofita (sempre disponível)	77,6	67,2	86,5
Kit de monofilamentos para teste de sensibilidade para hanseníase*	11,2	56,2	22,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de Unidades Básicas de Saúde

** Norte exceto Amazonas.

* Possui pelo menos uma unidade na UBS

itens referentes ao planejamento de ações, organização e programação do cuidado, a região Norte apresenta percentual de realização semelhante ao do resto do Brasil Já o estado do Amazonas, apresenta percentual de realização mais elevado que o restante da Amazônia para os itens de planejamento e programação e para intervenções da equipe matricial no território. Ressalte-se que a comprovação da realização dessas atividades foi menos frequente que sua declaração.

Quanto à oferta de exames, encaminhamentos e acompanhamentos de usuários em condições crônicas, apresentados na *tabela 3*, verifica-se, no Amazonas, que a oferta está disponível em mais de 90% das equipes somente para exames de creatinina, eletrocardiograma e baciloscopia para tuberculose. Quanto aos outros estados da Amazônia, somente o acesso a consulta para oftalmologia

em até 30 dias tem percentual menor que aquele encontrado para o Amazonas (cerca de 50% das equipes).

Para o cuidado clínico dirigido aos diabéticos, faltam oftalmoscópios em mais de 80% das equipes avaliadas (*tabela 1*). Tal realidade gera demanda de encaminhamento de pacientes para outros serviços, que, na maioria dos casos, demandam mais de 30 dias para consulta (*tabela 3*). É um cenário que explica a baixa realização de exame periódico de fundo de olho, referido positivamente por apenas 20,2% das equipes do Amazonas e 25,5% para outros estados amazônicos, contra 40,3% para o resto do Brasil (*tabela 3*). Na *tabela 4*, avalia-se a oferta de cuidados balizados por protocolos técnicos, por classificação de risco e vulnerabilidade, por busca ativa de faltosos e para cuidado supervisionado. O acompanhamento de usuários

Tabela 2. Percentual de equipes que referem atividades de planejamento e programação do cuidado, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de programação e planejamento do cuidado	Amazonas n=173	Norte ** n=1.045	Brasil n=17.202
Planejamento de ações da equipe	73,4	82,2	86,6
Comprovação de planejamento	51,2	66,9	72,41
A equipe planeja ou programa considerando as questões ambientais e do território §	53,8	48,6	60,6
NASF realizam intervenções no território junto com a equipe § §	51,5	41,7	61,8
Profissionais do acolhimento foram capacitados para classificação de risco ***	43,5	57,6	57,8
Equipe realiza classificação de risco no acolhimento ¶	80,0	94,8	92,6
Equipe define resposta conforme o risco identificado no acolhimento ¶ ¶	54,2	75,8	73,0
Programa consultas para usuários que necessitam de cuidado continuado	86,7	91,4	91,0
Comprovação de programação de consultas para usuários em cuidado continuado	66,0	83,6	86,6
Programa consultas para hipertensos e diabéticos	98,0	98,6	97,2
Programa consultas para obesos	30,3	42,0	44,5
Programa Consultas hipertensos e diabéticos conforme estratificação de risco ¶¶	91,7	92,3	90,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas.

§ somente para as equipes que comprovam planejamento

§§ somente para equipes que recebem apoio matricial

*** equipes que realizam acolhimento

¶ equipes que possuem protocolo para acolhimento

¶¶ equipes que realizam avaliação de risco e vulnerabilidade

|| equipes que comprovam programação para consultas em cuidado continuado

com tuberculose ou hanseníase foi realizado por cerca de 80% e 70% das equipes no Amazonas, respectivamente. No restante dos estados analisados, mais de 90% das equipes possui registro desses usuários, embora o acompanhamento por meio do tratamento diretamente observado (TDO) tenha sido declarado em menor proporção. De modo geral, o uso de protocolos terapêuticos para o conjunto de agravos analisados é baixo em todas as equipes avaliadas, sendo incipiente a classificação de risco para orientar os procedimentos clínicos no Amazonas (45,8% das equipes), com valores mais elevados para o restante da Amazônia (79,1%).

A *tabela 5* traz o registro e realização de atividades referentes à visita e aos cuidados domiciliares segundo os critérios de risco e vulnerabilidade, clínica e social, instituídos pela ESF. No Amazonas, o percentual de realização dessas atividades é baixo, principalmente no que se refere ao protocolo de prioridades para visita domiciliar (13,3%) e à agenda para visita domiciliar (56,1%), atividades consideradas para todas as equipes com adesão ao PMAQ-AB. Já a visita domiciliar, realizada de acordo com a estratificação de risco, foi declarada por 95,6% das equipes, que informaram utilizar protocolos e realizar classificação de risco e vulnerabilidade. Para

Tabela 3. Percentual de equipes que ofertam exames ou encaminham para especialistas, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de oferta de exames, encaminhamentos e acompanhamentos	Amazonas n=173	Norte ** n=1.045	Brasil n=17.202
Oferta exame de creatinina	95,4	95,8	97,3
Oferta exame de perfil lipídico	86,7	84,9	92,4
Oferta exame eletrocardiograma	90,8	86,2	93,7
Oferta exame de hemoglobina glicosilada	64,2	85,4	92,8
Realizou encaminhamento ao cardiologista	64,2	64,1	69,6
Até 30 dias para obter consulta com cardiologista*	65,8	51,2	57,1
Realizou encaminhamento ao oftalmologista	65,3	63,8	68,6
Até 30 dias para obter consulta com oftalmologista *	71,7	49,6	48,0
Realiza exame do pé diabético periodicamente	48,5	56,0	57,8
Realiza exame de fundo de olho periodicamente	20,2	25,5	40,3
Oferta baciloscopia para tuberculose	96,5	97,1	97,6

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas.

* somente para as equipes que realizaram encaminhamento

o restante da Amazônia, esse cenário é cerca de 20% maior que do estado do Amazonas, com frequência semelhante para as atividades de cadastramento de usuários que necessitam cuidados no domicílio e de acamados no território. Ressalta-se que, para 100% das equipes do Amazonas e 99% dos demais estados, os entrevistados declararam que as equipes realizam visita domiciliar.

A *tabela 6* evidencia os cuidados dirigidos à promoção da saúde, atividades educativas e outras atividades intersetoriais. Nesses quesitos, a atuação das equipes no Amazonas alcança baixos percentuais, sendo perceptível o predomínio de atividades preventivas dirigidas aos indivíduos, em detrimento de atividades grupais ou comunitárias. No restante da Amazônia, o percentual de equipes que realizam tais atividades é mais elevado, especialmente na organização de agenda para as atividades comunitárias (75,9%), e, dentre estes os que comprovaram tanto a sua realização (84,7%) como a de grupos de apoio para o autocuidado (50,8%). Tais

percentuais são semelhantes ao observado para o restante do Brasil. Ressalta-se que no Amazonas a oferta de ações educativas para prevenção de tuberculose (78%) ou hanseníase (74,6%) ocorre em menor proporção que para o restante da Amazônia.

Discussão

Um ponto comum à situação das equipes nas unidades federadas da Amazônia, em comparação a outras regiões do país, é o restrito número de profissionais com formação complementar que os capacite para atuar na rede básica de serviços de saúde (FAVORETO; CAMARGO JUNIOR, 2002). Dentre os que detêm formação complementar, é ainda mais reduzido o percentual dos que se qualificaram para atuar na ESF. A esse quadro se associam a precariedade - ou mesmo a inexistência de contrato formal - do vínculo trabalhista e a elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo ainda mais a capacidade de atuação da rede

Tabela 4. Percentual de equipes que referem o uso de protocolos e atividades de acompanhamento de usuários, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Protocolos e acompanhamentos de usuários com condições crônicas	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hipertensão e diabetes	50,3	70,6	70,3
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para tuberculose	58,4	72,1	70,6
Possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para hanseníase	57,8	71,1	67,6
Utiliza ficha ou cadastro para acompanhamento de hipertensos e diabéticos	91,9	98,7	94,1
Possui registro de hipertensos e diabéticos com maior risco ou gravidade	45,8	79,1	72,9
Renova receitas em casos de cuidado continuado sem precisar marcar consultas	84,4	84,2	81,5
Coordena fila de espera e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em atendimento externo	31,8	51,7	52,2
Comprova registro de casos com tuberculose*	93,2	93,0	89,8
Realiza acompanhamento dos casos com tuberculose por meio de TDO*	82,1	88,5	83,3
Realiza busca ativa de faltosos de TDO em tuberculose*	89,6	94,4	93,2
Comprova registro de casos com hanseníase*	81,4	95,4	86,2
Realiza acompanhamento dos casos com hanseníase por meio de TDO*	70,9	86,7	75,7
Realiza busca ativa de faltosos de TDO em hanseníase*	91,1	95,2	93,4

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** Norte exceto Amazonas

* somente para as equipes que possuem registro de casos

TDO = Tratamento Diretamente Observado

APS na região, corroborando os achados de Camargo Jr. *et al.* (2008) e de Sarti *et al.* (2012), que constaram que a precariedade de vínculo empregatício leva os profissionais a mudar frequentemente de equipe e de município de atuação. Nesse contexto, os esforços para capacitar e especializar os profissionais que atuam na ESF acabam sendo solapados pela rápida mudança dos componentes das equipes (CAMARGO JUNIOR *ET AL.*, 2008; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Além disso, a atenção às condições crônicas pressupõe vínculo longitudinal e continuidade na atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), algo difícil de ser obtido no

cenário de elevada rotatividade de profissionais aqui descrito.

O aporte de materiais influencia na oferta adequada do cuidado, tendo sido considerado como fator que contribui para a melhoria do planejamento e da organização do processo de trabalho (SARTI *ET AL.*, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No que diz respeito à disponibilidade de cuidados e serviços voltados para os portadores de condições crônicas, o cenário apreendido a partir dos dados é o de que os insumos mínimos necessários à execução de tarefas assistenciais voltadas para agravos crônicos são claramente insuficientes

Tabela 5. Percentual de equipes que realizam atividades de planejamento e execução de visita domiciliar, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades relacionadas à visita domiciliar	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Equipe realiza visita domiciliar	100,0	99,0	99,6
Agenda organizada para visita domiciliar ***	56,1	76,4	77,0
Comprovação de agenda para visita domiciliar****	77,3	94,4	93,1
Equipe comprova protocolo de prioridades para visita domiciliar ****	13,3	37,8	35,0
As famílias são visitadas de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade ***	95,6	97,2	97,7
Na visita domiciliar, o ACS realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios ***	72,8	81,0	78,0
Na visita domiciliar, o ACS realiza busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos***	93,1	93,7	88,8
Levantamento dos que necessitam cuidados no domicílio	50,9	63,9	70,4
Registro de acamados no território	57,8	56,5	69,9
Registra consultas e atendimentos realizados no domicílio	85,5	94,4	96,0

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

ACS= Agente Comunitário de Saúde

** Norte exceto Amazonas

*** somente para as equipes que realizam visita domiciliar

**** somente para as equipes que comprovam protocolo de prioridades para visita domiciliar

***** equipes que têm agenda organizada para visita domiciliar

nos serviços avaliados na região amazônica como um todo, em que pese a disponibilidade heterogênea de alguns itens. Até aqueles simples e de baixo custo, como estetoscópios e tensiômetros, não alcançam sequer a proporção de um exemplar por equipe, quando o desejável seria que houvesse pelo menos um para cada profissional atuante na equipe, incluídos os agentes comunitários de saúde. Nesse item, embora o estado do Amazonas apresente situação mais favorável quando comparado à região Norte como um todo, permanece inferior à necessidade dos serviços. Materiais como glicofita, antropômetro, oftalmoscópio e balança para pessoas com até 200 kg – ferramentas essenciais para uma organização racional e efetiva do processo de trabalho do programa Hiperdia – são raros na rede de AB para o conjunto da região.

Trata-se de amplo quadro de carências e problemas já detectados em processos avaliativos anteriores, tal como o desenvolvido no Estudo de Linha de Base, viabilizado por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF (FACCHINI ET AL., 2008; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2008), cuja solução parece caminhar lentamente no âmbito municipal. Entretanto, há que se chamar a atenção para que a gestão dos serviços e sistemas de saúde, para além de articular um programa como o PMAQ-AB, também precisa viabilizar a oferta de insumos necessários à operacionalização das políticas de saúde, atendendo tanto às demandas dos sistemas de saúde, quanto às necessidades da população.

Dentre as modalidades de cuidado ofertadas pelas equipes de Saúde da Família, verificou-se predomínio absoluto da atenção programática. Entretanto, os dados mostram que

os protocolos preconizados são realizados apenas parcialmente e que as respostas dos entrevistados sobre o modo como desenvolvem tal atividade são bastante contraditórias. Tais problemas não são novos e nem exclusivos da Amazônia, já tendo sido apreendidos por autores como Favoreto e Camargo Junior (2002) e Facchini *et al.* (2008), representando um dos grandes obstáculos à consolidação da ESF. Para Gomes e Pinheiro (2005), sua superação envolve a integralidade - aqui entendida como um modo de organizar as práticas -, exigindo a horizontalização da atuação das equipes, a valorização do cuidado e o deslocamento da centralidade do trabalho médico em favor da atuação coordenada da equipe para que possa superar a fragmentação que tende a ocorrer na atenção programática. Em termos clínicos, demanda também o aproveitamento de oportunidades, a aplicação de protocolos de diagnóstico e a identificação de situações de risco para a saúde, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade.

No caso da Amazônia, se tomado como exemplo o programa Hiperdia (tabela 2), verifica-se um elevado percentual de respondentes que dizem fazer classificação de risco

no acolhimento (80% no Amazonas, 94,8% no resto do Norte e 92,6% no resto do Brasil), mas os mesmos respondentes apontam percentuais igualmente elevados de profissionais que não foram capacitados para fazer a referida avaliação. Dentre os que alegam planejar a realização de cuidados continuados há um elevado percentual dos que não dispõem de meios de comprovação desse planejamento nem do uso de critérios e parâmetros para subsidiar a definição de prioridades no planejamento das ações.

Tal modo de atuação destoa das recomendações de especialistas como Malta e Merhy (2010), para quem a reorganização do processo de monitoramento e controle das condições crônicas exige o mapeamento, identificação e planejamento das intervenções dirigidas a grupos populacionais em situação de risco, levando em consideração as necessidades singulares e a autonomia dos sujeitos tomados como parâmetro que orientam a seleção de escolhas terapêuticas congruentes com suas necessidades clínicas e com seus modos próprios de viver.

Dentre os entrevistados, houve elevado percentual de respostas positivas para a oferta

Tabela 6. Percentual de equipes que desenvolvem atividades referentes à promoção da saúde e atividades em grupo, especialmente em condições crônicas, Amazonas, região Norte, Brasil, 2012

Atividades de educação e promoção da saúde	Amazonas n=173	Norte** n=1.045	Brasil n=17.202
Agenda organizada para atividades comunitárias	51,4	75,9	78,5
Comprovação de agenda para atividades comunitárias*	70,8	84,7	86,7
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento da hipertensão e diabetes	93,1	93,1	91,5
Realiza grupos de apoio de autocuidado para doenças crônicas	32,9	50,8	53,7
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento de tuberculose	78,0	80,8	54,2
Oferta ações educativas direcionadas à prevenção e ao tratamento de hanseníase	74,6	83,3	51,1

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

n = Número de equipes de atenção básica

** exceto Amazonas

* somente para as equipes que organizam atividades comunitárias

de exames laboratoriais para hipertensos e diabéticos, tanto no Amazonas como em toda a região Norte. Distinta, porém, é a situação da oferta de cuidados clínicos – simples, mas efetivos e essenciais para acompanhamento e diagnóstico precoce de agravamento da situação de saúde do usuário (BRASIL, 2006A) –, como o exame do pé diabético e de fundo de olho, cujo percentual de realização é praticamente nulo nas equipes avaliadas.

É paradoxal o fato de que a rede de serviços mostre maior capacidade de ofertar exames complementares de diagnóstico (*tabela 3*) do que de realizar acompanhamento clínico rotineiro dos usuários do Hiperdia, seguir protocolos terapêuticos padronizados (*tabela 4*) e elaborar plano de cuidados que considere a estratificação de risco capaz de orientar prioridade no atendimento (*tabela 2*). Tais procedimentos são de baixo custo e de realização factível em qualquer unidade de APS, e sua não realização, além de ser indicativa de pouca resolatividade, também implica encaminhar o caso à rede de referência, gerando dificuldade adicional ao paciente, dado o elevado percentual de respostas que referem dificuldade em obter consultas com cardiologista e oftalmologista em período de tempo inferior a 30 dias. Caso o sistema municipal de saúde não esteja integrado a pontos de atenção especializados capazes de assegurar fácil acesso ao paciente, a realização dos exames pode gerar ônus sem garantia de resolatividade. Os baixos percentuais de respostas afirmativas para a atividade de coordenação de fila de espera e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em atendimento externo evidenciam a impotência das equipes de saúde da família para intervir proativamente na rede de referência em favor dos usuários encaminhados. Esse problema vem de encontro à proposta de articulação da rede de atenção à saúde, que visa a garantir a integralidade da assistência, uma diretriz perseguida pelo SUS, mas que ainda carece de investimentos em recursos e operacionalização estratégica para sua efetivação.

A baixa oferta de atividades extramuros parece ser um ponto de fragilidade na organização dos serviços investigados, assim como em outras realidades previamente estudadas (MELO ET AL., 2008). Para o Amazonas, região Norte e Brasil, quase 100% dos entrevistados informou realizar visita domiciliar (*tabela 5*), embora a comprovação de que tais visitas são programadas segundo critérios de risco e vulnerabilidade seja extremamente baixa, conotando não apenas a falta de registro como também falhas no planejamento de atividades extramuros e baixo seguimento das diretrizes da Portaria 2.488/2011 quanto ao uso de critérios de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2011A).

Esta interpretação é reforçada pelo elevado percentual de respostas dos que afirmam adotar os critérios de risco e vulnerabilidade para programar as visitas, mas, contraditoriamente, poucos afirmaram dispor de levantamento do número de usuários que necessitam de cuidados em domicílio. Nessas circunstâncias, é válido perguntar: se os entrevistados não identificam de modo sistemático os usuários em elevada situação de vulnerabilidade, então a partir de quais critérios são identificados, hierarquizados e priorizados os problemas dos usuários no território?

O caráter contraditório das respostas evidencia, dentre outras coisas, dificuldade de entendimento e de manejo de ferramentas de gestão local e de uso da informação para tomada de decisão. Trata-se de perfil congruente com o incipiente nível de capacitação dos membros das equipes, conforme anteriormente observado. Por outro lado, o predomínio da demanda espontânea – pelo menos no caso do Amazonas, em que se constatou baixo grau de comprovação da existência de demanda programada para usuários em cuidado continuado (*tabela 2*), que persiste como base para a adoção de conduta clínica, também reafirma a necessidade de reorganização do cuidado com vistas à preconizada integralidade.

Além disso, os dados da *tabela 6* também evidenciam baixo comprometimento com

atividades extramuros por parte das equipes, seja no caso do Amazonas seja em outras regiões do país (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005) onde a realização de ações de prevenção e de promoção à saúde, particularmente aquelas intersetoriais e as dirigidas à comunidade, é bastante limitada. O não cumprimento dessa diretriz da ESF não só demonstra a baixa congruência com as normas técnicas emanadas das autoridades sanitárias como compromete a efetividade da atuação das equipes, uma vez que a mudança no estilo de vida e a redução das desigualdades sociais são consideradas as principais estratégias de controle dos agravos aqui tratados e de melhoria das condições crônicas na população (BRASIL, 2006A; 2006B; ESCOREL ET AL., 2007).

O abandono das ações extramuros em favor da realização de procedimentos diagnósticos e curativos de baixa efetividade, voltados para indivíduos já doentes que acorrem ao serviço por meio de demanda espontânea, sugere que a vinculação com os propósitos da integralidade e da vigilância em saúde é bastante tênue.

A atuação das equipes de Saúde da Família no controle de condições crônicas transmissíveis, como a tuberculose e a hanseníase, não é muito diferente do que já foi constatado para as outras condições crônicas aqui tratadas. Ainda que mais de 90% das três unidades de análise (Amazonas, Norte e Brasil) comprovem realizar tratamento de tuberculose e hanseníase, o percentual de respostas positivas para a realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO) (tabela 4) cai para cerca de 80% (exceto Norte) para o controle da TB e de 70% (exceto Norte) para os casos de hanseníase. Já o seguimento de normas técnicas padronizadas (possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para tuberculose), obteve baixo percentual de respostas afirmativas para tais ações programáticas nas três unidades de análise.

Independentemente do que os entrevistados afirmam fazer, a efetividade das ações desenvolvidas na AB tem deixado a desejar

na medida em que um agravo como a TB, por exemplo, se mantém com elevada taxa de incidência por 100 mil habitantes no ano de 2013 (Amazonas, 70,6; restante da Amazônia, 45,2; e restante do Brasil, 35,4), apresentando baixo percentual de cura de casos novos com baciloscopia positiva em 2012 (Amazonas, 71,2%; Norte, 71,7% e Brasil, 70,6%) e expressivo percentual de abandono de tratamento de casos com baciloscopia positiva em 2012 (Amazonas, 15,0%; Norte, 10,9 % e Brasil, 10,5%) (BRASIL, 2014). São taxas que sugerem a necessidade de que as equipes de saúde que atuam em AB - espaço preferencial de atenção a este tipo de problema de saúde - aprimorem sua capacidade resolutiva para fazer frente à doença.

Ainda que a extensão de cobertura provida pela ESF venha sendo ampliada e consolidada no país, não tem crescido em qualidade e efetividade em proporções equivalentes, seja no Brasil (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) ou no contexto local (SILVA ET AL., 2010).

Conclusão

Os dados mostram que a preconizada reestruturação do modelo assistencial em saúde da família avançou em alguns aspectos, particularmente no que diz respeito à reorganização política e institucional da atuação das equipes, mas esbarra em dificuldades ligadas à rotatividade e à precarização de vínculos trabalhistas, além da insuficiente qualificação da força de trabalho e das notadas carências de infraestrutura e de materiais já registradas desde o início da década anterior. Tais dificuldades podem ter implicado negativamente a adoção de medidas de aprimoramento do acesso, qualidade e efetividade da AB nas equipes avaliadas.

Reconhece-se o valor do planejamento e programação em saúde, mas o trabalho das equipes permanece refém da demanda espontânea e do atendimento clínico curativo individual, dificultando a adoção de

demanda programada e o monitoramento territorializado da população sob a responsabilidade da ESF. Desse modo, persistem as práticas fragmentárias voltadas para o cumprimento de tarefas mecânicas e quantificação dos atendimentos realizados sem uso prático da informação assim gerada, em contraposição a uma estratégia de organização do cuidado voltado às necessidades de saúde e monitoramento da população.

No conjunto das condições crônicas aqui abordadas, observa-se que a situação de acompanhamento pela ESF é mais precária no

Amazonas do que no restante da Amazônia e no Brasil como um todo. Tal situação se agrava pelo incremento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, que coexistem com elevadas taxas de incidência de tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis. Tal perfil mórbido, que requer adequado acompanhamento clínico e atividades preventivas na comunidade para evitar novos casos e complicação dos já instalados, representa um dos principais desafios à política de atenção primária instituída na região amazônica. ■

Referências

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária a saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 29, n. 2, p. 84-95. 2011.
- ALVES JUNIOR, A. C. *Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. 2011. (Inovação na gestão do SUS: experiências locais).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 16).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, 15).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você*
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 5 maio 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. *Boletim Epidemiológico* [folheto], Bahia, v. 44, n. 2, 2014.

CAMARGO JUNIOR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1 p. s58-s68, 2008.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 17, 2006.

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, n. supl.1, p. 1347-1357, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FACCHINI, L. A. *et al.* Contribuições do Estudo de Linha de Base da Universidade Federal de Pelotas às Políticas, aos Serviços e à Pesquisa em Atenção Básica à Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E. *et al.* (Ed.). *Meta Avaliação da Atenção Básica Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 167-198.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

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.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Do Quê ao Pra Quê da Meta-Avaliação em Saúde. HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E. *et al.* (Ed.). *Meta Avaliação da Atenção Básica Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 253-282.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MELO, E. M. *et al.* A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s29-s41. 2008.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 333-345. 2005.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p.158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Atenção primária em saúde: agora mais do nunca*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

PAIM, J. S. Organização em Serviços de Saúde: Modelos Assistenciais e Práticas de Saúde. In: PAIM, J. S. (Ed.). *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: COOPTEC-Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p.325-348.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORENCIO, A. R. 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, s/paginação.

RASANATHAN, K. *et al.* Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of epidemiology and community health*, London, v. 65, n. 8, p. 656-660, aug. 2011.

ROCHA, P. D. M. *et al.* Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s69-s78, 2008.

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.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito difícil!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl.1, p. s91-s99, 2008.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. s148-s158, 2008.

Recebido para publicação em maio de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. TC No.: 154/2011-13