

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

doi: 10.5123/S1679-49742017000200005

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

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

Resumo

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

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

Abstract

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

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

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

Endereço para correspondência:

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

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

Métodos

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

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

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

I. Subdimensão de infraestrutura

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

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

- tal uma calçada em boas condições, ou tapete, ou piso antiderrapante, ou piso regular, ou piso liso, ou rampa de acesso, ou corrimão, ou porta e corredor de entrada adaptados para cadeira de rodas;
- iii) identificação visual ‘adequada’, entendendo-se como tal a divulgação de pelo menos um dos seguintes itens para os usuários:
- participação no programa ‘Saúde Mais Perto de Você’;
 - horário de funcionamento;
 - listagem de ações;
 - ofertas de serviços;
 - escala dos profissionais;
 - telefone da Ouvidoria do Ministério da Saúde;
- iv) sinalização interna ‘adequada’, com identificação dos serviços prestados; e
- v) sinalização externa ‘adequada’, entendendo-se como tal a presença de totem externo com sinalização da unidade ou placa na fachada da UBS de acordo com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde.
- II. Subdimensão de composição da equipe de AB
- Trata-se do número de equipes, a saber:
- i) equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- ii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS) –;
- iii) equipes de ESF em sua formação mínima completa – médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, ACS – aos quais se somam profissionais dedicados ao acolhimento;
- iv) equipes de AB parametrizadas, organizadas de maneira diferente às da ESF e que, para aderir ao PMAQ-AB, atendem um conjunto de parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde;³ e
- v) equipes com outras configurações, ou seja, não organizadas como ESF e tampouco AB parametrizadas.
- III. Subdimensão de serviços disponíveis
- Trata-se do número de equipes com serviços selecionados de AB disponíveis, a saber:
- consultas de enfermagem;
 - realização de curativos;
 - consultas médicas;
 - vacinação;
 - dispensação de medicamentos pela farmácia;
 - consultas odontológicas; e
 - acolhimento.

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

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

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

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

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

Indicadores de infraestrutura

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

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

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

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

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

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

a) PNE: portadores de necessidades especiais

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

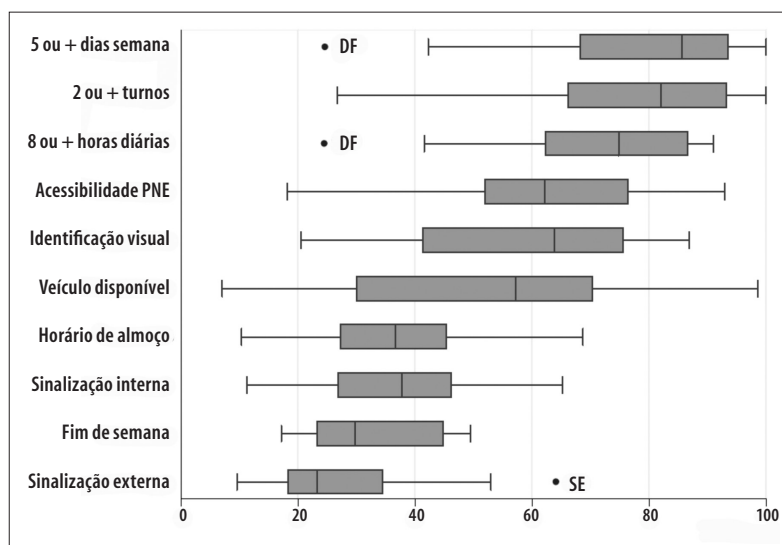


Figura 1 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores da subdimensão de infraestrutura da Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

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

Indicadores de composição das equipes

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

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

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

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

Indicadores de serviços disponíveis

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

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

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

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

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

Discussão

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

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

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

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

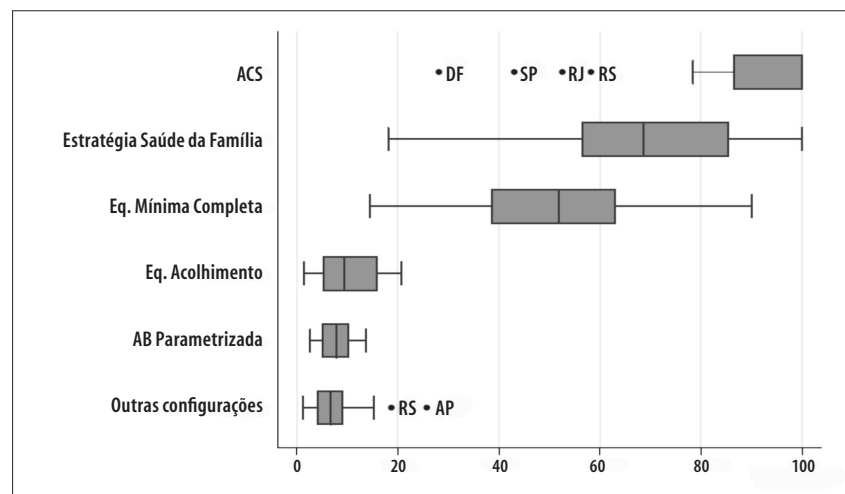


Figura 2 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores da subdimensão de composição das equipes de Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

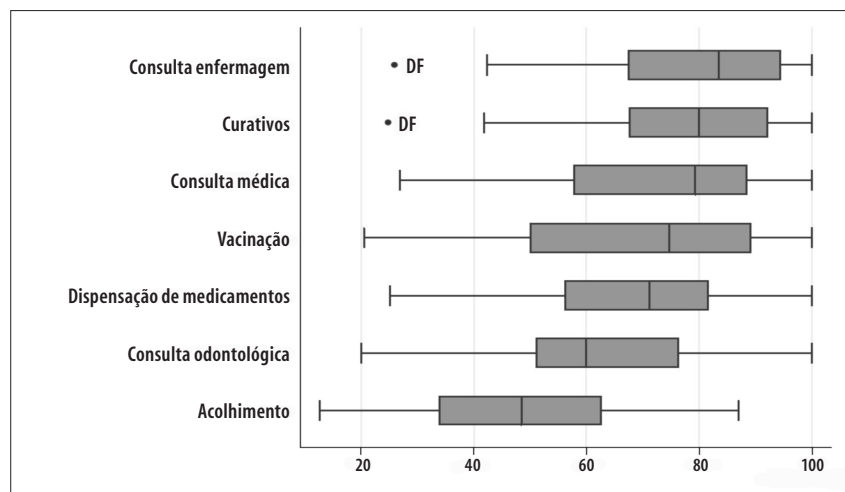


Figura 3 – Distribuição das coberturas potenciais (%) dos indicadores de estrutura relativos à subdimensão de serviços disponíveis na Atenção Básica nas Unidades da Federação, Brasil, 2012

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contribuição das autoras

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

Referências

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

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

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