
Errata

No artigo "Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde", com número de DOI: 10.1590/1518-8345.0995.2679, publicado no periódico Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2679, na página 7:

Onde se lia:

"Maria Fernanda do Prado Tostes
Universidade Estadual do Paraná
Campus de Paranavaí
Av. Gabriel Esperidião, s/n
CEP: 87703-000, Paranavaí, PR, Brasil
E-mail: mfprado@gmail.com"

Leia-se:

"Fernando Mitano
Universidade Lúrio. Campus de Marrere
R. nr. 4250, Km 2,3
Bairro de Marrere
Nampula, Moçambique
E-mail: piqinamita@gmail.com"

No artigo "Prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateterismo: estratégias na implementação de guidelines internacionais", com número de DOI: 10.1590/1518-8345.0963.2678, publicado no periódico Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2678, na página 1:

Onde se lia:

"Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas"

Leia-se:

"Prevenção da infecção do trato urinário associada ao cateterismo: estratégias na implementação de guidelines internacionais"

Na página 9:

Onde se lia:

"Maria Fernanda do Prado Tostes
Universidade Estadual do Paraná
Campus de Paranavaí
Av. Gabriel Esperidião, s/n
CEP: 87703-000, Paranavaí, PR, Brasil
E-mail: mfprado@gmail.com"

Leia-se:

"Filipa Alexandra Veludo Fernandes
Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde
Escola Superior Politécnica de Saúde
Caminho da Palma de Cima
1649-023, Lisboa, Portugal
E-mail: fveludo@ics.lisboa.ucp.pt"

No artigo "Cobertura, acesso e equidade universal em saúde: uma caracterização da produção científica de enfermagem", com número de DOI: 10.1590/1518-8345.1082.2669, publicado no periódico Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2669, na página 9:

Onde se lia:

"Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería
Departamento Fundamentos de Enfermería
Casilla 160 C
Barrio Universitario
Concepción, Región del Bío-Bío, Chile
E-mail: smendoza@udec.cl"

Leia-se:

"Sara Mendoza-Parra
Universidad de Concepción. Facultad de Enfermería
Departamento Fundamentos de Enfermería
Casilla 160 C
Barrio Universitario
Concepción, Región del Bío-Bío, Chile
E-mail: smendoza@udec.cl"

No artigo "Eficácia analgésica da lidocaína e analgesia multimodal na remoção do dreno torácico: Um estudo randomizado controlado", com número de DOI: 10.1590/0104-1169.0498.2642, publicado no periódico Rev. Latino-Am. Enfermagem, nov.-dez. 2015;23(6), na página 1000:

Onde se lia:

"Conclusão: o presente estudo sugere que o efeito analgésico da administração de lidocaína 1% combinada com a analgesia multimodal é mais eficiente."

Leia-se:

"Conclusão: o presente estudo sugere que o efeito analgésico da administração de lidocaína 1% combinada com a analgesia multimodal é menos eficaz."

Na página 1002:

Onde se lia:

"Os médicos e enfermeiros da instituição onde o estudo foi conduzido, estabeleceram que os drenos fossem removidos 24 horas após a cirurgia. (fiz um pequeno ajuste na concordância) O número, tamanho e posição dos tubos foram determinados por necessidades cirúrgicas. Tubos tamanhos 19F e 28F são comumente utilizados para drenagem de tórax, na instituição onde o estudo foi conduzido. (Penso que a estrutura da frase fica mais acadêmica desta forma)"

Leia-se:

"Os médicos e enfermeiros da instituição onde o estudo foi conduzido, estabeleceram que os drenos fossem removidos 24 horas após a cirurgia. O número, tamanho e posição dos tubos foram determinados por necessidades cirúrgicas. Tubos tamanhos 19F e 28F são comumente utilizados para drenagem de tórax, na instituição onde o estudo foi conduzido."

Nas páginas 1002-1003:

Onde se lia:

"Antes da remoção dos tubos, os pacientes foram alocados aleatoriamente pelos cardiologistas, para os grupos de estudo; utilizando um banco de dados informatizado (pequena alteração – sinônimos), previamente construído. No grupo experimental foram realizadas quatro injeções subcutâneas de lidocaína a (penso ser melhor retirar o 'a') 1% a, aproximadamente, 1 cm da borda da ferida cirúrgica, com 2,0 ml cada, em forma de losango (7mm) totalizando 8,0 ml, mais esquema de analgesia padronizado na UTI para o pós-operatório de cirurgia cardíaca, onde o estudo foi realizado."

Leia-se:

"Antes da remoção dos tubos, os pacientes foram alocados aleatoriamente pelos cardiologistas, para os grupos de estudo; utilizando um banco de dados informatizado, previamente construído. No grupo experimental foram realizadas quatro injeções subcutâneas de lidocaína 1%, aproximadamente, 1 cm da borda da ferida cirúrgica, com 2,0 ml cada, em forma de losango (7mm) totalizando 8,0 ml, mais esquema de analgesia padronizado na UTI para o pós-operatório de cirurgia cardíaca, onde o estudo foi realizado."

No artigo "Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?", com número de DOI: 10.1590/0104-1169.1069.2676, publicado no periódico Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016;24:e2672, na página 1:

Onde se lia:

"Severina Alice da Costa Uchôa¹
 Ricardo Alexandre Arcêncio²
 Inês Santos Estevinho Fronteira³
 Ardigleusa Alves Coêlho⁴
 Claudia Santos Martiniano⁴
 Isabel Cristina Araújo Brandão⁵
 Mellina Yamamura⁶
 Renata Melo Maroto⁷"

Leia-se:

"Severina Alice da Costa Uchôa¹
 Ricardo Alexandre Arcêncio²
 Inês Fronteira³
 Ardigleusa Alves Coêlho⁴
 Claudia Santos Martiniano⁴
 Isabel Cristina Araújo Brandão⁵
 Mellina Yamamura⁶
 Renata Melo Maroto⁷
 Anny Karine Freire da Silva⁸"

Onde se lia:

"Objetivo: analisar a influência de indicadores contextuais no desempenho dos municípios, no que tange ao acesso potencial à Atenção Primária à Saúde no Brasil e, ainda, discutir a contribuição do trabalho da enfermagem nesse acesso. Método: estudo descritivo multicêntrico, a partir de dados secundários da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil, com a participação de 17.202 Equipes de Atenção Básica. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de municípios, no que se refere às dimensões territorialização, oferta, coordenação, integração, e, quando necessário, foram considerados os testes qui-quadrado com correção de Yates ou exato de Fisher. Para a variável população, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. Resultados: a maioria dos participantes era de enfermeiro (n=15.876; 92,3%). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os municípios em termos de territorialização (p=0,0000), disponibilidade (p=0,0000), coordenação do cuidado (p=0,0000), integração (p=0,0000) e oferta (p=0,0000), verificando-se que os municípios que compõem o estrato 6 tendem a ter melhor performance nessas dimensões. Conclusão: verificou-se que os estratos 4, 5 e 6 apresentam melhor desempenho em todas as dimensões analisadas e, também, o papel preponderante do enfermeiro no acesso potencial à Atenção Primária à Saúde no Brasil."

Leia-se:

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

Onde se lia:

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

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

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

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

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

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

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

Leia-se:

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

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

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

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

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

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

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

⁸ Especialista em Leitura e Produção de Textos.

Na página 2:

Onde se lia:

“No Brasil, a temática do acesso universal e equitativo é uma preocupação desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Essa ideia é reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na qual se ressalta como potencialidade para o acesso a gestão do cuidado integral por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe⁽³⁾.”

Leia-se:

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

Onde se lia:

“Cenário da pesquisa

É importante destacar que, em 2012, o SUS possuía 36.361 Unidades Básicas de Saúde, 33.404 Equipes de Saúde da Família (ESF) com cobertura em 5.297 municípios. A adesão ao PMAQ se deu por 17.202 Equipes de Atenção Básica (EAB), sendo 16.566 (ESF) e 636 não pertencentes à Saúde da Família, que estavam distribuídas nos 3.944 (70,8%) do total dos municípios em 14.111 Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁽⁷⁾.”

Leia-se:

“Cenário da pesquisa

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

Nas páginas 3-8

Onde se lia:

Classificação dos municípios, segundo as variáveis de contexto

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

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

Variáveis consideradas para avaliar o acesso potencial

As variáveis consideradas para avaliar o acesso potencial apresentam-se descritas na Tabela 2. A referida tabela apresenta a dimensão à qual as variáveis pertencem, sua característica e natureza.

Plano de análise

Inicialmente procedeu-se à análise descritiva das características dos estratos dos municípios, categoria profissional, número mediano de profissionais por equipe.

Em relação ao desempenho dos municípios, no que tange ao acesso, esse foi medido utilizando-se quatro dimensões do instrumento do PMAQ: territorialização, oferta, coordenação do usuário e integração.

Para tal, as variáveis foram dicotomizadas em sim e não. Na sequência, realizou-se a somatória das respostas para cada item, dividindo pelo total da amostra. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de municípios, no que se refere às dimensões para o acesso potencial. Quando necessários, foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou teste exato de Fisher. Para a variável população, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis para verificar diferenças em relação à mediana de habitantes acompanhados por estrato.

Posteriormente à análise do desempenho dos municípios dentro dos estratos, em relação ao acesso, recorreu-se à estatística multivariada de Análise de Correspondência Múltipla (ACM), haja vista que as variáveis do instrumento eram categóricas.

Para a aplicação da ACM seguiram-se os passos descritos por Spencer⁽¹³⁾ e Mingoti⁽¹⁴⁾, em que a tabulação das respostas gerou uma matriz, na qual as linhas correspondem aos profissionais de saúde participantes, as colunas correspondem às variáveis. Posteriormente, transformou-se a referida matriz em uma Tabela Disjuntiva Completa (TDC). Na tabela, as colunas representam as características das variáveis, em que na intersecção da linha *i* com a

coluna j encontra-se x_{ij} , que vale 0 ou 1, indicando que o estrato i possui ou não a característica.

O mapa perceptual foi formado por meio dessa técnica, sendo esse a representação visual das variáveis em duas ou mais dimensões. Cada variável tem uma posição espacial no mapa perceptual, variáveis percebidas como similares ou associadas são alocadas em pontos próximos no mapa, ao passo que aquelas percebidas como não similares são representadas em pontos distantes. Ou seja, a proximidade indica a correspondência entre as categorias representadas nas linhas e nas colunas da tabela.

Ressalta-se que o elemento linha ou coluna influem na construção dos eixos por meio de sua inércia em relação ao centro de gravidade. A inércia significa a variância do conjunto de dados⁽¹³⁾. A partir da ACM, foi possível extrair as dimensões mais representativas em termos da inércia que, no estudo, correspondeu às duas primeiras. Um critério considerado para seleção das variáveis foi a sua contribuição para a inércia.

Resultados

Na Tabela 1 está apresentada a característica da amostra de 17.202 equipes recrutadas para o estudo, segundo os estratos do PMAQ. Pode-se observar que a maioria dos participantes era enfermeiro ($n=$; %), tendo-se que muitos deles tinham tempo de atuação inferior a três anos.

Dentre os modelos de atenção, entre todos os estratos, há o predomínio de Estratégia Saúde da Família sem saúde bucal. De forma geral, também se observa mediana de um (1) profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cirurgião-dentista por equipe. Também se pode constatar que, entre as distintas modalidades de atenção investigadas, na maioria das equipes identificadas, não é dada a possibilidade ao usuário de escolher a unidade que deseja seguir em acompanhamento.

Na Tabela 2, verifica-se o desempenho dos municípios para o acesso dos usuários considerando os estratos estabelecidos no PMAQ.

Constatam-se diferenças estatisticamente significativas entre os municípios dos estratos 1, 2 e 3 com dos estratos 4, 5 e 6, observando-se que os profissionais desses últimos submetem-se mais às qualificações ($p=0,0000$).

Quanto ao plano de carreira, também se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,0000$), sendo que os municípios dos estratos 4, 5 e 6 apresentam indicadores melhores, valores mais inferiores foram encontrados nos estratos 1, 2 e 3. Também nesses estratos observaram-se diferenças estatisticamente significativas no que tange à política de formação e educação permanente ($p=0,0000$).

Ainda, segundo a Tabela 2, observam-se diferenças estatisticamente significativas em termos de cobertura populacional, em que os estratos 5 e 6 acompanham um número mediano de pessoas com acesso bem acima dos estratos 1, 2 e 3. Também se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os municípios em termos de territorialização ($p=0,0000$), disponibilidade ($p=0,0000$), coordenação do cuidado ($p=0,0000$), integração ($p=0,0000$) e oferta ($p=0,0000$), verificando-se que os municípios que compõem o estrato 6 tendem a ter melhor *performance* nessas dimensões.

Tabela 1- Caracterização da amostra do estudo, Projeto PMAQ. Brasil, 2012

Variáveis	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Categoria profissional n (%)						
Médico	72 (0,42)	59 (0,34)	52 (0,30)	91 (0,53)	143 (0,83)	576 (3,35)
Enfermeiro	2.058 (11,96)	2.179 (12,67)	2.425 (14,10)	3.119 (18,13)	2.615 (15,20)	3.480 (20,23)
Cirurgião-dentista	35 (0,20)	35 (0,20)	50 (0,29)	56 (0,33)	56 (0,33)	101 (0,59)
Tempo de atuação n (%)						
Menos de um ano	546 (3,17)	693 (4,03)	801 (4,66)	995 (5,78)	830 (4,83)	875 (5,09)
Entre 1 e 3 anos	867 (5,04)	966 (5,62)	1.068 (6,21)	1.384 (8,05)	1.133 (6,59)	1.598 (9,29)
>que 3 anos	743 (4,32)	608 (3,53)	652 (3,79)	881 (5,12)	843 (4,90)	1.673 (9,73)
Não sabe/não respondeu	9 (0,05)	6 (0,03)	6 (0,03)	6 (0,03)	8 (0,05)	11 (0,06)
Tipo de equipe n (%)						
Estratégia de Saúde da Família com saúde bucal	1.832 (10,66)	1.798 (10,45)	2.041 (11,86)	2.464 (14,32)	1.767 (10,27)	2.173 (12,63)
Estratégia de Saúde da Família sem saúde bucal	261 (1,52)	398 (2,31)	423 (2,46)	720 (4,19)	942 (5,48)	1.824 (10,60)
Equipe Atenção Básica com saúde bucal	59 (0,34)	57 (0,33)	45 (0,26)	59 (0,34)	57 (0,33)	51 (0,30)
Equipe Atenção Básica sem saúde bucal	7 (0,04)	9 (0,05)	11 (0,06)	15 (0,09)	43 (0,25)	39 (0,23)
Outros	4 (0,02)	6 (0,03)	4 (0,02)	7 (0,04)	3 (0,02)	66 (0,38)
Não sabe/não respondeu	2 (0,01)	5 (0,03)	3 (0,02)	1 (0,01)	2 (0,01)	4 (0,02)

Variáveis	Estratos PMAQ					
	1	2	3	4	5	6
Quantidade de médicos na equipe mínima de atenção básica por UBS (n=16.643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo e máximo	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 11,00	0,00 – 11,00	0,00 – 6,00
Quantidade de enfermeiros na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo e máximo	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00	0,00 – 4,00
Quantidade de cirurgiões-dentistas na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo e máximo	0,00 – 6,00	0,00 – 4,00	0,00 – 3,00	0,00 – 6,00	0,00 – 6,00	0,00 – 4,00
Quantidade de técnico de enfermagem na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	1	1	1	1	1	1
Valor mínimo e máximo	0,00 – 13,00	0,00 – 10,00	0,00 – 10,00	0,00 – 8,00	0,00 – 20,00	0,00 – 11,00
Quantidade de auxiliar de enfermagem na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	0	0	0	0	0	1
Valor mínimo e máximo	0,00 – 9,00	0,00 – 8,00	0,00 – 8,00	0,00 – 8,00	0,00 – 6,00	0,00 – 20,00
Quantidade de técnico em saúde bucal na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	0	0	0	0	0	0
Valor mínimo e máximo	0,00 – 8,00	0,00 – 8,00	0,00 – 8,00	0,00 – 2,00	0,00 – 3,00	0,00 – 8,00
Quantidade de auxiliar em saúde bucal na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	1	1	1	1	1	0
Valor mínimo e máximo	0,00 – 6,00	0,00 – 7,00	0,00 – 8,00	0,00 – 9,00	0,00 – 8,00	0,00 – 10,00
Quantidade de agente comunitário de saúde na equipe mínima de atenção básica (n=16.643)						
Mediana	6	6	7	6	6	5
Valor mínimo e máximo	0,00 – 19,00	0,00 – 50,00	0,00 – 42,00	0,00 – 50,00	0,00 – 56,00	0,00 – 32,00
Permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre qual equipe deseja ser atendido n (%)						
Sim	219 (1,27)	191 (1,11)	180 (1,05)	161 (0,94)	127 (0,74)	303 (1,76)
Não	286 (1,66)	309 (1,80)	303 (1,76)	411 (2,39)	442 (2,57)	1.059 (6,16)
Não se aplica	454 (2,64)	539 (3,13)	516 (3,00)	671 (3,90)	355 (2,06)	196 (1,14)
Não sabe/não respondeu	1.206 (7,01)	1.234 (7,17)	1.528 (8,88)	2.023(11,76)	1.890 (10,99)	2.599 (15,11)

Tabela 2 - Desempenho dos municípios para o acesso dos usuários, segundo estrato. Brasil, 2012

Dimensão	Variáveis	Estratos PMAQ						p valor
		1	2	3	4	5	6	
		n (%)						
Possui ou está em formação complementar (n=17.202)								
Sim		1.708 (9,93)	1.795 (10,43)	2.050 (11,92)	2.694 (15,66)	2.460 (14,30)	3.642 (21,17)	0,000*
Não		457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
Qualificação profissional	Possui plano de carreira (n=16.936)							
	Sim	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1.810 (10,69)	0,000*
Não	1.877 (11,08)	2.069 (12,22)	2.245 (13,26)	2.647 (15,63)	2.194 (12,95)	2.279 (13,46)		
Existe ações de educação permanente que envolva os profissionais da atenção básica (n=17.113)								
Sim		1.432 (8,37)	1.596 (9,33)	1.878 (10,97)	2.601 (15,20)	2.481 (14,50)	3.969 (23,19)	0,000*
Não		720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	

Dimensão	Variáveis	Estratos PMAQ						p valor
		1	2	3	4	5	6	
		n (%)						
	Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe							
	Média	2.165	2.273	2.527	3.266	2.814	4.157	0,0001†
	Considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição de pessoas sob responsabilidade da equipe (n=15.691)							
	Sim	1.024 (6,53)	1.141 (7,27)	1.323 (8,43)	1.705 (10,87)	1.423 (9,07)	2.648 (16,88)	0,000*
	Não	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1.265 (8,06)	1.115 (7,11)	1.282 (8,17)	
	Existe definição de área de abrangência da equipe (n=17.150)							
	Sim	2.086 (12,16)	2.197 (12,81)	2.456 (14,32)	3.190 (18,60)	2.763 (16,11)	4.113 (23,98)	0,000*
	Não	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
Territorialização	Existe população descoberta pela atenção básica, no entorno do território de abrangência da equipe (n=17.092)							
	Sim	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1.083 (6,34)	1.391 (8,14)	1.513 (8,85)	0,000*
	Não	1.783 (10,43)	1.724 (10,09)	1.618 (9,47)	2.170 (12,70)	1.406 (8,23)	2.613 (15,29)	
	Com qual frequência as pessoas fora da área de abrangência da equipe são atendidas por esta equipe (n=16.855)							
	Todos os dias da semana	900 (5,34)	828 (4,91)	1.001 (5,94)	1.247 (7,40)	1.255 (7,45)	2.152 (12,77)	
	Alguns dias da semana	966 (5,73)	1.135 (6,73)	1.201 (7,13)	1.502 (8,91)	1.222 (7,25)	1.673 (9,93)	0,000*
	Nenhum dia da semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)	
	Os usuários que chegam espontaneamente têm suas necessidades escutadas e avaliadas (n=17.140)							
	Sim	2.121 (12,37)	2.202 (12,85)	2.442 (14,25)	3.180 (18,55)	2.689 (15,69)	4.078 (23,79)	0,000*
	Não	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários (n=13.739)							
Disponibilidade	Sim	1.265 (9,21)	1.385 (10,08)	1.645 (11,97)	2.286 (16,64)	2.050 (14,92)	3.442 (25,05)	0,0066*
	Não	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
	A agenda está organizada para a realização de visitas domiciliares (n=13.951)							
	Sim	1.418 (10,16)	1.628 (11,67)	1.865 (13,37)	2.391 (17,14)	2.253 (16,15)	3.697 (26,50)	0,000*
	Não	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,59)	
	Mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção (n=17.104)							
	Sim	826 (4,83)	818 (4,78)	1.104 (6,45)	1.474 (8,62)	1.353 (7,91)	2.385 (13,94)	0,000*
	Não	1.310 (7,66)	1.439 (8,41)	1.405 (8,21)	1.785 (10,44)	1.449 (8,47)	1.756 (10,27)	
	Existe documento que comprove (n=)							
Coordenação do cuidado	Sim	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1.206 (15,15)	1.132 (14,22)	1.978 (24,85)	0,000*
	Não	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
	Existe protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento (n=17.037)							
	Sim	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1.213 (7,12)	1.228 (7,21)	2.907 (17,06)	0,000†
	Não	1.558 (9,14)	1.636 (9,60)	1.685 (9,89)	2.036 (11,95)	1.567 (9,20)	1.206 (7,08)	
	Existe central de regulação (n=17.201)							
	Sim	1.880 (10,93)	2.006 (11,66)	2.239 (13,02)	2.907 (16,90)	2.540 (14,77)	4.027 (23,41)	0,000*
	Não	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
Integração	Existe ficha de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção (n=17.201)							
	Sim	1.752 (10,19)	1.828 (10,63)	2.138 (12,43)	2.970 (17,27)	2.615 (15,20)	4.055 (23,57)	0,0000*
	Não	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	
	Recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender sua população (n=17.161)							
	Sim	1.459 (8,50)	1.490 (8,68)	1.722 (10,03)	2.210 (12,88)	1.830 (10,66)	2.898 (16,89)	
	Não	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2.077 (6,28)	0,0000*
	Não recebe medicamentos	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
	Oferece serviços de práticas integrativas e complementares para os usuários do território (n=17.199)							
	Sim	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1.546 (8,99)	0,0000*
	Não	1.929 (11,22)	2.042 (11,87)	2.222 (12,92)	2.885 (16,77)	2.301 (13,38)	2.611 (15,18)	
	Realiza visita domiciliar (n=17.199)							
	Sim	2.146 (12,48)	2.262 (13,15)	2.521 (14,66)	3.253 (18,91)	2.802 (16,29)	4.148 (24,12)	0,0075*
	Não	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)	
	As famílias da área de abrangência são visitadas com periodicidade de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade (n=17.132)							
	Sim	1.963 (11,46)	2.069 (12,08)	2.345 (13,69)	2.997 (15,30)	2.621 (15,30)	3.986 (23,27)	0,0000*
	Não	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)	

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

† aplicado teste de Kruskal-Wallis

Quando comparado por categorias profissionais (Tabela 3), novamente verifica-se uma diferença estatisticamente significativa, em que há maior proporção tanto de médicos como de cirurgiões-dentistas, tendendo a referir aspectos mais positivos das suas unidades do que os enfermeiros.

Pode-se observar que a proporção de enfermeiros, que tendem a sinalizar pontos negativos em relação à organização dos seus serviços, é bem maior que dos outros profissionais.

Na formação complementar, por exemplo, enquanto tem-se 1 “não” do médico nesse quesito para cada 4 “sim” e praticamente 1 para 3 do cirurgião-dentista, entre os enfermeiros essa proporção foi de praticamente 5, o que foi estatisticamente significativo ($p=0,0046$). Plano de carreira também foi outro ponto em que essa diferença foi bem significativa ($p=0,0000$), novamente a proporção de enfermeiros que referiram da não existência ou de não participarem foi bem maior que as outras categorias.

Quando realizada uma análise comparativa do desempenho da APS, quanto aos modelos de atenção, pode-se observar predomínio de Estratégia de Saúde da Família com ou sem saúde bucal. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis plano de carreira, em que a proporção dos profissionais vinculados à ESF, que tem plano de carreira, foi bem menor que os profissionais inseridos em outros modelos de atenção ($p=0,0000$). Da mesma forma, observou-se associação estatisticamente significativa quanto às ações de educação permanente ($p=0,0000$), registro da documentação para os casos referenciados para outros serviços ($p=0,0462$), protocolos para orientar profissionais para encaminhamento a outros serviços ($p=0,0000$) e uso de práticas complementares ($p=0,0000$). Uma diferença importante foi observada sobre as visitas domiciliares, em que a ESF apresentou proporção de mais visitas quando comparada às outras duas modalidades de atenção ($p=0,0000$)

Tabela 3 - *Performance* da Atenção Primária para acesso do usuário ao sistema de saúde, segundo categoria profissional. Brasil, 2012

Variáveis	Categoria Profissional												p valor
	Médico				Enfermeiro				Cirurgião-dentista				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Formação complementar n=17.202	800	4,6	193	1,1	13.285	77,2	2.591	15,1	264	1,5	69	0,4	0,0046*
Plano de carreira n=17.113	303	1,8	670	4,0	3.224	19,0	12.412	73,3	98	0,6	229	1,4	0,0000*
Ações de educação permanente n=17.113	853	5,0	132	0,8	12.850	75,1	2.951	17,2	254	1,5	73	0,4	0,0000*
Todos usuários têm necessidades escutadas e avaliadas n=17.047	956	5,6	25	0,15	15.362	90,1	380	2,2	309	1,8	15	0,1	0,0384*
Equipe realiza avaliação de risco no acolhimento n=13.730	777	5,6	95	0,7	11.066	80,6	1.538	11,2	223	1,6	31	0,2	0,5189
Agenda organizada para visitas domiciliares n=11.473	743	6,5	27	0,2	10.013	87,3	480	4,2	201	1,8	9	0,1	0,3815
Usuários de maior risco quando encaminhados são registrados n=13.658	488	3,6	378	2,8	6.261	45,9	6.284	46,0	136	1,0	111	0,8	0,0004*
Documento que registre o encaminhamento n=6.885	377	5,5	111	1,6	5.159	75,0	1.102	16,0	107	1,6	29	0,4	0,0105*
Protocolos que orientem a priorização de casos de encaminhamento n=13.606	533	3,9	329	2,4	5.797	42,6	6.704	49,3	129	1,0	114	0,8	0,0000*
Central de regulação para encaminhamento n=17.047	905	5,3	76	0,4	14.274	83,7	1.468	8,6	292	1,7	32	0,2	0,2347
Fichas para encaminhamento dos usuários n=17.047	915	5,4	66	0,4	14.029	82,3	1.713	10,1	294	1,7	30	0,2	0,0001*
Medicamentos suficientes na Atenção Básica para Atender população n=17.015	606	3,6	373	2,1	10.721	63,0	4.992	30	205	1,2	118	0,7	0,0000*
Oferecimento de práticas integrativas e complementares n=17.045	273	1,6	707	4,2	2.865	16,8	1.2877	75,6	46	0,3	277	1,6	0,0000*
A equipe realiza visita domiciliar n=17.045	977	5,7	4	0,02	15.690	92,1	52	0,31	320	1,9	3	0,02	0,1846

Variáveis	Categoria Profissional												p valor
	Médico				Enfermeiro				Cirurgião-dentista				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Famílias da área de abrangência são visitadas com periodicidade	927	5,5	50	0,3	14.636	86,2	1.054	6,2	289	1,7	31	0,2	0,0142*

*p<0,05

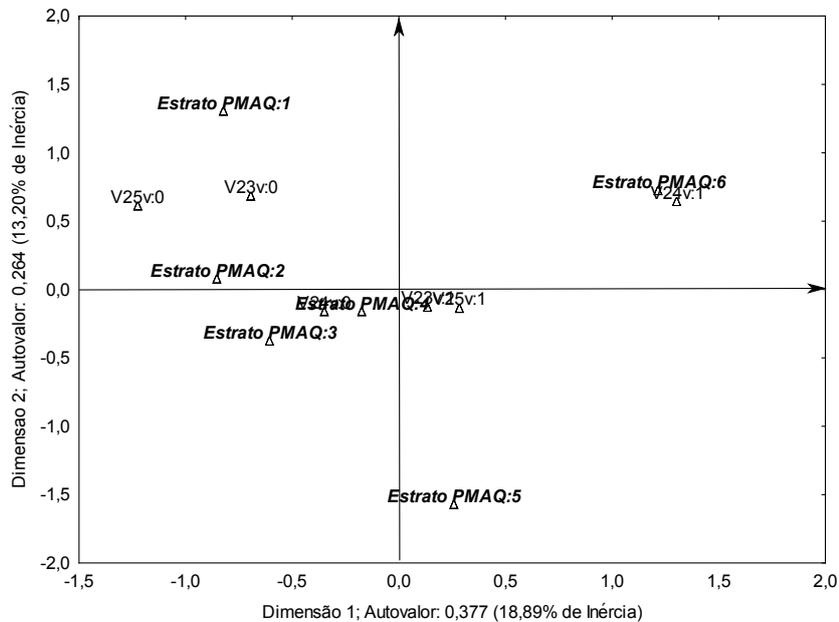
Tabela 4 - Performance da Atenção Primária para acesso ao usuário, segundo modelo de atenção. Brasil, 2012

Atividades	Modelo de Atenção												p valor
	ESF (com ou sem saúde bucal)				Equipe AB				Outro modelo				
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	
Formação complementar - V23 n=17185	13.883	80,8	2.760	16,1	383	2,2	69	0,4	75	0,4	15	0,1	0,3059
Plano de carreira n=16923 v24	3.516	21,0	1.2876	76,1	99	0,6	344	2,0	7	0,1	81	0,5	0,0000*
Ações de educação permanente n=1100 v25	13.487	78,9	3.074	18,0	283	2,2	66	0,4	80	0,5	10	0,1	0,0000*
Todos os usuários têm necessidades escutadas e avaliadas n=16.987 v31	16.055	94,6	397	2,3	422	2,5	15	0,1	85	0,5	3	0,0	0,1754
Equipe realiza avaliação de risco no acolhimento n=13.723 v32	11.710	85,3	1.626	11,8	283	2,1	33	0,2	66	0,5	5	0,1	0,3987
Agenda organizada para visitas domiciliares n=11.473 v33	10.678	93,1	486	4,2	236	2,1	22	1,32	43	0,4	8	0,1	0,3815
Usuários de maior risco quando encaminhados são registrados n=13.658 v34	6.685	50,0	6.588	48,2	167	1,2	147	1,1	33	0,2	38	0,3	0,1323
Documento que registre o encaminhamento n=6.885 v35	5.483	79,6	1.202	17,5	136	2,0	31	0,5	24	0,4	9	0,1	0,0462*
Protocolos que orientem a priorização de casos de encaminhamento n=13.606 v36	6.289	46,2	6.930	51,0	145	1,1	171	1,3	25	0,2	46	0,3	0,0000*
Central de regulação para encaminhamento n=17.047 v37	12.232	90,0	997	7,3	283	2,1	24	0,18	67	0,5	3	0,1	0,6982
Fichas de encaminhamento n=17.047	14.782	86,7	1.728	10,1	370	2,2	77	0,5	86	0,5	4	0,1	0,0000
V39 Possui/ recebe medicamentos n=17.045	11.146	59,5	5.333	31,3	316	1,9	130	0,8	70	0,4	20	0,1	0,0286
V40 Oferece práticas integrativas/complementares n=17.045	3.082	18,1	1.3426	78,8	93	0,6	354	2,1	9	0,1	81	0,5	0,0000*
V41 Equipe realiza visita domiciliar n=17.045	16.462	96,6	46	0,3	437	2,6	10	0,1	88	0,5	2	0,1	0,0000*
V42 Famílias de áreas de abrangência são visitadas n=16.987	15.363	90,4	1.099	6,5	404	2,4	33	0,2	85	0,5	3	0,1	0,1092

*p<0,05

Por meio da Análise de Correspondência Múltipla, obteve-se o mapa perceptual apresentado na Figura 1, no qual se observa que o mapa pode ser dividido em quadro quadrantes, sendo que nos quadrantes do lado direito estão plotados os municípios que apresentaram melhores indicadores em termos de qualificação do que aqueles do lado esquerdo.

Por essa figura, observa-se, assim, que os municípios que compõem os estratos 5 e 6 apresentaram melhores indicadores no que se refere à formação dos seus profissionais de saúde; os municípios que estão concentrados mais ao centro apresentaram valores regulares, dessa forma, tiveram alguns indicadores satisfatórios e outros não tão satisfatórios e os municípios dos estratos 1 e 2 tiveram indicadores menos satisfatórios nesse quesito.

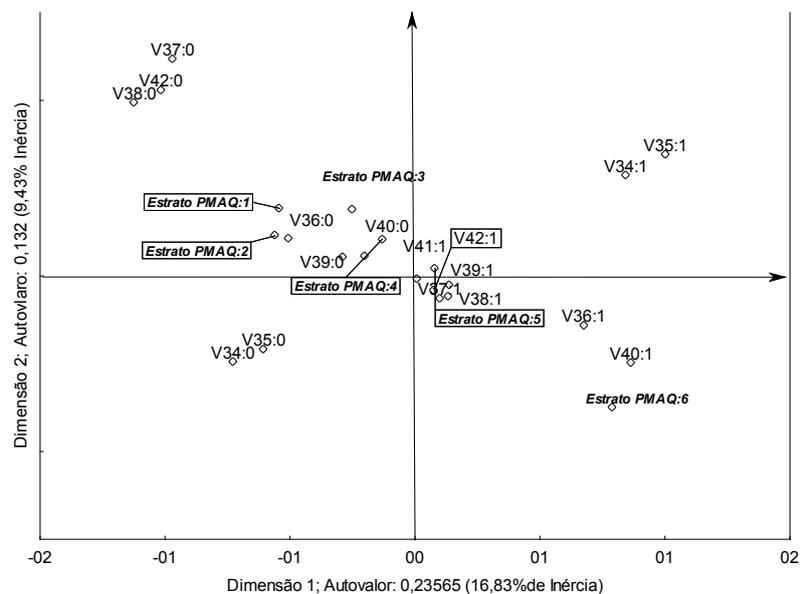


Nota: V230(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? V24 O(a) senhor(a) tem plano de carreira? V25 Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? Respostas 1 (Sim);0 (Não)

Figura 1 – Qualificação para atuação dos profissionais em âmbito de Atenção Primária à Saúde, segundo estratos do PMAQ. Brasil (2012)

A Figura 2 expressa, mediante um mapa perceptual o desempenho dos municípios em termos de disponibilidade, coordenação do cuidado, integração e oferta. Novamente, na figura estão representados, no lado direito do mapa, os municípios que apresentaram melhor indicadores e, do lado esquerdo, o inverso.

Considerando essa avaliação com todos esses atributos, pode-se observar que o único estrato com indicadores satisfatórios em todas essas dimensões foi o 6; os municípios dos estratos 4 e 5 apresentaram valores medianos, com indicadores satisfatórios em alguns e não satisfatórios em outros; no entanto, os municípios do estrato 5 são melhores que os do 4; os municípios dos estratos 1, 2 e 3 não apresentaram resultados satisfatórios nessas dimensões.



Notas: V31 Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente, buscando atendimento, têm suas necessidades escutadas e avaliadas? V32 A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? V33 A agenda está organizada para a realização de visitas domiciliares? COORDENAÇÃO DO CUIDADO: V34 A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? V35 Existe documento que comprove? V36 Existe na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento? INTEGRAÇÃO: V37 Existe central de regulação disponível para encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? V38 Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? OFERTA: V39 A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população? V40 A equipe oferece os serviços de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? V41 A equipe realiza visita domiciliar? V42 As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? Respostas (1) Sim (0) Não

Figura 2 – Desempenho dos municípios para acesso à Atenção Primária à Saúde, segundo estratos definidos pelo PMAQ. Brasil (2012)

Discussão

A participação preponderante do enfermeiro como respondente em todos os estratos é revelador do seu envolvimento com esse nível de assistência. Nesse sentido, torna-se potencialmente capaz de colaborar com a cobertura universal de saúde por seu protagonismo em todos os níveis de assistência à saúde e sua particular vontade de contribuir para o alcance de uma meta. A organização dos enfermeiros, em redes internacionais, vem sendo reconhecida pela OPAS/OMS como destaque para o alcance da cobertura universal de saúde e o acesso à saúde para toda a população⁽⁵⁾.

Na avaliação da relação indicadores contextuais ou socioeconômicos e de saúde, e a influência da qualificação profissional e do processo de territorialização na APS, verificou-se que os estratos 4, 5 e 6 apresentaram melhor desempenho em todas as dimensões analisadas.

O melhor desempenho da qualificação profissional encontrado no presente estudo, nos estratos 4, 5 e 6, também foi observado em estudo realizado em municípios de grande porte, onde mais da metade de médicos e enfermeiros se submeteram a processo de capacitação nos últimos 30 dias⁽¹⁵⁾.

Ainda que tenha sido encontrada significância estatística na diferença entre os estratos com relação ao plano de carreira, todos os estratos apresentaram desempenho pífio nesse item, o que pode ser explicado pela forma de contratação adotada. Em estudo, realizado em Minas Gerais, evidenciou-se que 75% dos secretários municipais de saúde utilizam os contratos temporários por prestação de serviços para os profissionais de nível superior⁽¹⁶⁾.

Destacam-se, neste estudo, os achados significativos sobre a existência de ações de educação permanente. Considera-se a importância dessa e do desenvolvimento profissional permanente com o uso de tecnologias de informação e comunicação que facilitem a qualificação desses profissionais, para o trabalho. Tais estratégias contribuem, ainda, para a melhoria da resolutividade da USF, assim como promovem a comunicação entre especialistas e generalistas⁽¹⁷⁾.

No que se refere à territorialização no Brasil, atualmente, a cobertura populacional estimada pelas equipes da APS ganha relevo como indicador universal na pactuação de diretrizes e metas do SUS⁽¹⁸⁾. Faz-se necessário destacar que, embora a média de pessoas sob a responsabilidade da equipe esteja dentro da recomendação do Ministério da Saúde⁽³⁾, esse número é considerado elevado, se se considerar que, no Brasil, as equipes são responsáveis por um grande número de atividades⁽¹⁹⁾.

Ao viabilizarem o acesso à população descoberta pela atenção básica, as equipes cumprem o princípio da universalidade, porém, também acabam por se submeterem a sobrecargas de atividades, considerando que cada vez mais à APS/ESF são delegadas novas atribuições e responsabilidades voltadas para as doenças, grupos prioritários, problemas ou situações específicas⁽²⁰⁾. Situação semelhante é observada no Reino Unido e Dinamarca, onde os profissionais também desenvolvem ampla gama de tarefas, que incluem, entre outras, atividades de prevenção, atenção curativa aguda, tratamento para pacientes com condições crônicas e tratamento de emergências. Esses profissionais são responsáveis por uma lista aproximada de 2.250 pessoas⁽²¹⁾.

No que diz respeito à disponibilidade, verifica-se que a demanda espontânea de usuários tem suas necessidades atendidas e avaliadas em todos os estratos, com melhor desempenho para os estratos 4, 5 e 6. Esses achados diferem daqueles encontrados por Giovanella, Fausto e Fidelis, que evidenciaram entraves para o atendimento de demanda espontânea e grupos não prioritários. A visita domiciliar está presente na agenda dos profissionais de municípios de todos os estratos. Similarmente, essa atividade foi observada como rotina de médicos e enfermeiros em quatro grandes centros urbanos⁽²²⁾. Quando comparados os modelos de atenção, verificou-se predomínio de realização de visitas domiciliares pelas ESFs, resultado semelhante ao encontrado em estudo com municípios das Regiões Sul e Nordeste⁽¹⁰⁾.

Na coordenação do cuidado, apesar da diferença significativa entre os estratos, observa-se que todos os estratos apresentaram desempenho pouco satisfatório no tocante ao registro de encaminhamentos para outros pontos da atenção, caracterizando um processo de encaminhamento sem responsabilização e vínculo com o usuário.

Quanto à integração do cuidado, a existência de central de regulação está presente nos municípios dos estratos analisados, com predomínio para o 4, 5 e 6. Resultados semelhantes foram ratificados por médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família que reconheceram a existência de centrais de marcação de consultas e exames⁽²³⁾.

Sobre a oferta de ações e serviços de saúde, verificou-se significância estatística em todos os aspectos avaliados. Cabe destacar que o recebimento de medicamentos da farmácia básica para atender à população foi verificado em municípios de todos os estratos. Em algumas capitais do país, essa distribuição está mais relacionada aos grupos prioritários⁽¹⁵⁾. Chama atenção a baixa oferta de práticas integrativas e complementares para os usuários do território,

que pode estar associado ao fato de que esse tipo de atendimento integra a rede de atendimentos especializados, a exemplo da oferta de acupuntura em Porto Alegre, RS⁽²⁴⁾.

Cabe, ainda, mencionar que, no processo de trabalho das equipes de APS, o Enfermeiro assume diversas atribuições dentre elas destacam-se planejamento, atenção individual e coletiva, gerenciamento e avaliação sistemática das ações desenvolvidas (PNAB. 2012⁽³⁾), o que talvez justifique a tendência dos enfermeiros em sinalizar negativamente sobre a organização das ações. No cotidiano do trabalho do enfermeiro, nas unidades de ESF, verificam-se dificuldades, principalmente relacionadas à falta de capacitação para execução das ações⁽²⁵⁾.

Quanto à contribuição dos enfermeiros em termos de acesso universal, evidenciou-se, no estudo, que a maioria era de enfermeiros, o que denota, de certa forma, o envolvimento dessa categoria com a APS. O enfermeiro tem uma formação mais voltada para essa área, com currículos bem alinhados às políticas sociais do SUS, com conteúdos de antropologia, sociologia, gestão em saúde, liderança e práticas sanitárias nas comunidades, o que o torna mais poroso às inovações em âmbito de APS e mais motivado para a promoção de mudanças.

Uma questão importante é que a maioria dos enfermeiros acaba por assumir liderança das equipes e estrategicamente acaba assumindo a vanguarda da Atenção Primária como um novo modo de produção social em saúde. A baixa remuneração desse profissional, no setor privado, faz com que muitos encontrem no SUS uma possibilidade de estabilidade, o que é muito positivo em termos de fixação de profissionais dessa categoria. Um desafio é a instituição de um novo modelo que valorize seu núcleo de competência e reconheça sua autonomia na prescrição e no cuidar. O modelo hegemônico com centralidade na prática médica acaba por afastá-lo desse processo.

Limitações

O estudo não foi realizado em todos os municípios brasileiros e somente naqueles em que as equipes voluntariamente se habilitaram ao PMAQ, portanto, os resultados devem ser interpretados com a devida cautela, pois não detêm capacidade de generalização. Também não foram incluídos todos os elementos da equipe, apenas um profissional foi escolhido e voluntariamente, o que traz a possibilidade do viés de seleção. Ainda, o estudo apresenta como limitação o próprio desenho, de corte transversal e que se pauta em entrevistas com o profissional. Não houve acompanhamento dessas equipes por um período de tempo ou triangulação dos dados obtidos das entrevistas com outros, como observação, prontuários ou falas dos usuários, o que aumentaria a precisão dos achados. Todavia, é importante destacar que o PMAQ é a primeira avaliação com essa abrangência e homogeneidade metodológica e, apesar das limitações, os achados contribuem para o avanço do conhecimento quanto ao acesso potencializado pela APS, seus nós críticos e, ainda, um diagnóstico situacional, de quais municípios têm mais avançado em termos de sistemas de cobertura universal e aqueles que não.

Conclusões

O estudo evidenciou que há uma relação entre acesso e condições socioeconômicas: à medida que aumentam os estratos dos municípios o acesso aos serviços tende a ser melhor. Contudo, dentro de um contexto de desigualdades e iniquidades sociais, percebem-se fragilidades que comprometem a organização das ações de saúde nos municípios referentes à disponibilidade, coordenação do cuidado, integração, oferta, principalmente nos municípios agrupados nos estratos de 1 a 3. Dado o envolvimento do enfermeiro com a organização das ações de saúde, considera-se que esse profissional vem contribuindo para o acesso potencial na APS no Brasil.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2014. [Acesso 12 nov 2014]. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. Bull Wrlld Health Org. 2013; 91:710–711. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.127027>.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [Acesso 8 nov 2013]. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003; 362(9379):233-41.
5. Cassiani SHDB. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6):891-2
6. Molina J. Para não perder o trem da história!. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2014 [Acesso 22 maio 2015]; 48(1):8-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000100001>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 (BR). 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: 20 jul. 2011. n. 138, Seção I, p. 79.
8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013. [Acesso 15 mar 2015]; 29 (5): 847-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública*. [Internet]. jul 2012 [Acesso 14 jan 2015]; 28(7):1273-84. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4415-4423.
12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11): 2923-30.
13. Spencer, NH. *Essentials of Multivariate data Analysis*. CRC. PRESS: Taylor & Francis; 2014. 186 p.
14. Mingoti SA. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
15. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):84-95.
16. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RCG, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):918-28.
17. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes: Objetivos, Metas e 32 Indicadores 2013 – 2015* [Internet]. Brasília: 2013 [Acesso 29 nov 2013]. 156 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 1). Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>.
19. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. mar 2013;33(3):190-5. [Acesso 20 out 2013]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000300005>.
20. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*. São Paulo. 2014; 23(3):869-83. [doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011).
21. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editores. *Primary care in the driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care* [Internet]. Berkshire: Open University Press; 2007 [Acesso 12 jun 2014]. p. 85-104. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf.
22. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Maria Inês Carsalade Martins, Cunha MS. Práticas assistenciais das equipes de saúde da família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saúde Coletiva*.

2012;17(10):2687-702.

23. Almeida Patty Fidelis de, Giovanella Lúgia, Mendonça Maria Helena Magalhães de, Escorel Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. fev 2010 [Acesso 30 maio 2015]; 26(2):286-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.

24. Dallegrave D, Camila Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011; 6(21):249-56.

25. Brondani DA Jr, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):41-50.

Leia-se:

Cenário da pesquisa

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

População e amostra

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

Instrumentos de medida e fontes de dados

Os questionários com perguntas fechadas foram disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a um mesmo treinamento sob supervisão. A seguir, foram enviados *on-line* ao sistema do Ministério da Saúde, acessados e validados pelas IES baseadas no protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* Validador *on-line* do PMAQ-AB. Para análise dos dados, foram aqui incluídas a caracterização dos respondentes e quatro (4) dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 1º ciclo⁽⁷⁾. Foram escolhidas as dimensões consideradas pelos autores como sinalizadores do grau de acesso potencial, as quais estão descritas no plano de análise.

Classificação dos municípios segundo as variáveis de contexto

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

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

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

Plano de análise

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva das características dos estratos dos municípios em termos de recursos ofertados. Em relação ao desempenho dos municípios no que tange ao acesso, esse foi medido utilizando-se quatro dimensões do instrumento do PMAQ: territorialização, oferta, coordenação do usuário e integração. Para tal, as variáveis foram dicotomizadas em sim e não, recorrendo-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre os estratos de municípios no que se refere às dimensões para o acesso potencial. Quando necessário foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Para a variável população, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis a fim de verificar diferenças em relação à mediana de habitantes acompanhados por estrato. Em todos os testes aplicados, fixou-se o alpha em 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

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

Resultados

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

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

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

Ainda na Tabela 1, observam-se diferenças estatisticamente significativas em termos de cobertura populacional, em que os estratos 5 e 6 acompanham um número mediano de pessoas bem acima dos estratos 1, 2 e 3. Da mesma forma podem ser observadas diferenças estatisticamente significativas entre os municípios em termos de territorialização, verificando que os municípios dos estratos 4, 5 e 6 apresentam-se com melhores indicadores quando comparados aos outros, com uma maior proporção coberta pela equipe da atenção básica ($p = 0,0000$) e com frequência de visitas domiciliares todos os dias às famílias ($p = 0,0000$).

Na tabela 2, estão destacados os indicadores de desempenho relacionados à disponibilidade de recursos, capacidade de coordenação e integração. Pode-se observar que novamente os estratos 4, 5 e 6 apresentam melhores escores, o que foi estatisticamente significativo, como ter necessidades dos usuários escutadas ($p = 0,0000$), acolhimento com classificação de risco ($p = 0,0000$) e agenda organizada para realização das visitas domiciliares ($p = 0,0000$). Os registros das queixas e condutas pela equipe para a coordenação do cuidado, assim como a existência de um sistema de registro ($p = 0,0000$) e presença de um sistema instituído de regulação ($p = 0,0000$), também foram aspectos que os municípios 4, 5 e 6 tiveram melhor desempenho.

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

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

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

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

† Aplicado teste kruskal-Wallis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussão

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitações

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

Conclusões

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

Referências

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

11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4415-23.
12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2923-30.
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
14. Wang X, Zheng A, He X, Jiang H. Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in China: an empirical research. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(42):1-10.
15. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):357-63.
16. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
17. Faria RM. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia*. 2013;9(16):121-30.
18. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):190-5
19. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*. São Paulo. 2014;23(3):869-83.
20. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30.
21. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-57.
22. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(24):1-11.
23. Ramagem C, Urrutia S, Griffith T, Cruz M, Fabrega R, Holder R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *Int J Integr Care*. 2011;11(Suppl):1-2.
24. Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D. Quality use of medicines within universal health coverage: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(357):1-6.
25. Falkenberg T, Smith M, Robinson N. Traditional and integrative approaches for global health. *Eur J Integr Med*. 2015;7(1):1-4.