

# Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil (2012-2018)

*Integrity and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018)*

*Integralidad e integralidad de la prestación de servicios en Atención Primaria en Brasil (2012-2018)*

**Allan Nuno Alves de Sousa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8689-1347

**Helena Eri Shimizu<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-5612-5695

<sup>I</sup>Ministério da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.  
<sup>II</sup>Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

## Como citar este artigo:

Sousa ANA, Shimizu HE. Integrity and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200500. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>

## Autor Correspondente:

Allan Nuno Alves de Sousa  
E-mail: [alunos@gmail.com](mailto:alunos@gmail.com)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

**Submissão:** 07-08-2020    **Aprovação:** 03-10-2020

## RESUMO

**Objetivos:** analisar elementos da integralidade na Atenção Básica no Brasil, entre os anos de 2012 e 2018, considerando aspectos preventivos e assistenciais, apontando avanços e obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos. **Métodos:** estudo longitudinal retrospectivo utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram selecionadas 15.378 equipes que participaram tanto do 1º quanto do 3º ciclo do programa. **Resultados:** constataram-se melhorias na prevalência de equipes que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para grupos prioritários, que desenvolvem ações de promoção, ofertam procedimentos essenciais, incluindo saúde bucal, realizam visitas domiciliares, recebem apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, ofertam práticas integrativas e complementares e desenvolvem ações intersectoriais. **Conclusões:** houve melhoria da integralidade nos serviços básicos de saúde, mas permanecem problemas que ainda precisam ser enfrentados para o seu aperfeiçoamento. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Avaliação em Saúde; Política de Saúde; Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze comprehensiveness elements in Primary Care in Brazil, between 2012 and 2018, considering preventive and assistance aspects, pointing out advances and obstacles to its improvement in different contexts. **Methods:** a retrospective longitudinal study using data from the Brazilian National Program for Improving Access and Quality in Primary Care. 15,378 teams were selected that participated in both 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> cycles of the program. **Results:** improvements were found in the prevalence of teams that ensure preventive and assistance care for priority groups, who develop promotion actions, offer essential procedures, including oral health, carry out home visits, receive support from Extended Family Health and Primary Care Center, offer integrative and complementary practices and develop intersectoral actions. **Conclusions:** there has been an improvement in comprehensiveness in Primary Health services, but problems remain that still need to be faced for their improvement. **Descriptors:** Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Health Evaluation; Health Policy; Health Services.

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar los elementos de la integralidad en la atención primaria en Brasil, entre los años 2012 y 2018, considerando aspectos preventivos y asistenciales, señalando avances y obstáculos para su mejora, en diferentes contextos. **Métodos:** estudio longitudinal retrospectivo con datos del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad en Atención Primaria. Se seleccionaron 15,378 equipos que participaron tanto en el primer como en el tercer ciclo del programa. **Resultados:** hubo mejoras en la prevalencia de equipos que aseguran la atención preventiva y asistencial a los grupos prioritarios, que desarrollan acciones de promoción, ofrecen procedimientos esenciales, incluida la salud bucal, realizan visitas domiciliarias, reciben apoyo del Centro de Salud de la Familia Extendida y Atención Primaria, ofrecer prácticas integradoras y complementarias y desarrollar acciones intersectoriales. **Conclusiones:** hubo una mejora en la integralidad de los servicios básicos de salud, pero persisten problemas que aún deben ser afrontados para su mejora. **Descriptorios:** Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud; Evaluación en Salud; Política de Salud; Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou uma tríade de princípios, a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*, que passaram a constranger o espaço de formulação e implementação das políticas e programas de saúde que, a partir de então, passaram a se constituir<sup>(1-2)</sup>. A integralidade se refere a um conjunto de atributos e valores que merecem ser defendidos no sistema de saúde a partir da articulação de ações e serviços preventivos e assistenciais que atuam no sentido de contribuir para transformar o quadro social que incide sobre agravos e condições gerais de saúde da população e assegurar a oferta de assistência que seja ajustada e compatível com as demandas e necessidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

A integralidade deve envolver não apenas práticas terapêuticas individuais, mas também práticas coletivas e coletivadoras que permeiam o processo saúde-doença, com o intuito de garantir condições desejáveis de bem-estar em saúde para a população<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, a Atenção Básica (AB), organizada a partir de bases territoriais, representa lócus privilegiado para a efetivação de importantes elementos da integralidade, sobretudo em função da sua proximidade com os espaços nos quais os indivíduos vivem, interagem e constroem boa parte das relações entre si e com o meio em que vivem<sup>(4)</sup>.

Na realidade brasileira, a AB foi se constituindo de maneira heterogênea, com diversificados modos de estruturação e desenvolvimento de ações. Mas foi com a implantação da Saúde da Família (SF) que o país passou a contar com contornos mais delineados de um modelo de organização da AB orientado por uma concepção abrangente, que a entende como parte do processo de desenvolvimento social e econômico<sup>(5)</sup>. A partir de então, como importante elemento para a efetivação da integralidade, o acesso a AB ganhou maior impulso e vivenciou um período de rápida expansão das coberturas populacionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), saindo de 6,5% em 1998 para 64,2% em 2018<sup>(6)</sup>.

Como resultado desse aumento das coberturas e do processo de qualificação da AB, inúmeros estudos trouxeram evidências sobre os resultados produzidos pela ESF, revelando sua capacidade em produzir efeitos nas condições de saúde da população, com a melhoria do acesso a serviços preventivos e assistenciais, a diminuição das inequidades e o aumento da eficiência do SUS, além da sua contribuição para a redução de hospitalizações evitáveis<sup>(7-8)</sup>. Contudo, estudos também evidenciam que, apesar dos bons resultados, ainda persistem desafios para a efetivação da integralidade na AB por meio da oferta de cuidados voltados a grupos populacionais prioritários<sup>(9-10)</sup>; ações de promoção da saúde e prevenção de agravos<sup>(11-12)</sup>; realização de procedimentos com amplo escopo de práticas<sup>(13-14)</sup>; oferta de saúde bucal<sup>(15-16)</sup>; ações realizadas no domicílio dos usuários<sup>(17-18)</sup>; apoio e articulação de ações entre diferentes categorias profissionais<sup>(17,19)</sup>; emprego de um abrangente elenco de tecnologias assistenciais<sup>(20-21)</sup>; ações intersetoriais<sup>(12,22)</sup>.

## OBJETIVOS

Analisar elementos da integralidade e a abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica no Brasil entre os anos de 2012 e

2018, considerando aspectos preventivos e assistenciais, apontando seus principais avanços e mais importantes obstáculos para a sua melhoria, em diferentes contextos.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo empregou dados secundários de domínio público disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>(23)</sup>, sem a identificação dos respondentes, logo, sem a necessidade de parecer emitido por Comissão de Ética em Pesquisa.

### Desenho, local de estudo e período

Trata-se de estudo descritivo, longitudinal e retrospectivo, com relato organizado a partir da utilização do *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE). Foram utilizadas bases de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do 1º (2012) e 3º (2018) ciclos, disponíveis no site do MS<sup>(23)</sup>.

Os dados, no 1º ciclo do PMAQ, foram coletados entre maio e dezembro de 2012 em 17.482 equipes, e foram entrevistados 65.391 usuários que se encontravam na Unidade Básica de Saúde (UBS) no instante da coleta, eleitos ao acaso. Para o 3º ciclo, a coleta foi realizada entre julho de 2017 e agosto de 2018 em 38.865 equipes, e foram entrevistados 140.444 usuários. A coleta foi realizada por 41 instituições de ensino e pesquisa, lideradas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade Federal do Pará (UFPA). Pesquisadores das instituições que lideraram o processo de coleta dos dados também foram responsáveis pela elaboração dos instrumentos e pelos protocolos e metodologias empregadas no trabalho de campo, em articulação com técnicos do MS.

### Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Estudo longitudinal e retrospectivo de uma amostra de 15.378 equipes que participaram do 1º e 3º ciclos do PMAQ, de modo a permitir uma análise que identifique mudanças no comportamento das dimensões relacionadas à integralidade e abrangência da oferta de serviços para os mesmos casos com o passar do tempo. Foram consideradas apenas as equipes participantes nos dois ciclos estudados para assegurar a análise da evolução da situação das mesmas equipes quanto aos aspectos observados. Desse modo, foram descartadas 2.104 equipes participantes do 1º ciclo e 23.487 participantes do 3º ciclo. Procurou-se analisar se para cada variável selecionada foi observada melhoria, piora ou manutenção do cenário observado. Os resultados referentes às UBS foram replicados para todas as equipes que atuavam na mesma UBS, e foram selecionados 59.354 usuários que responderam aos instrumentos se referindo às equipes que integram a amostra no 1º ciclo e 56.369 usuários no 3º ciclo.

## Protocolo do estudo

Foram selecionadas variáveis associadas a diversificados elementos da integralidade na AB, considerando aspectos preventivos e assistenciais e que guardassem correspondência e compatibilidade de conteúdo, uma vez que os instrumentos utilizados nos ciclos analisados não eram idênticos. Muitas questões permaneceram iguais, outras sofreram adaptações no seu enunciado ou nas alternativas disponíveis, e, em algumas situações novas questões, foram acrescidas e outras suprimidas dos instrumentos. Dessa maneira, para assegurar a comparabilidade das variáveis entre os períodos estudados, somente foram selecionadas questões em que se constatou coerência em seu objeto e sentido. Ao todo, foram escolhidas 9 variáveis que se referem a informações das equipes, tais como a oferta de ações programadas para grupos populacionais prioritários, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, a realização de procedimentos e pequenas cirurgias, a oferta de saúde bucal, a realização de ações no domicílio das famílias e o desenvolvimento de ações intersetoriais; 6 variáveis tratam da posição dos usuários quanto aos temas abordados, tais como a oferta adequada de atendimento a grupos prioritários, a disponibilização e orientação sobre o uso de prótese dentária e a realização de visitas domiciliares.

Além da análise comparativa entre 2012 e 2018, os dados foram estratificados por região e porte populacional dos municípios. Para o porte populacional, os municípios foram estratificados a partir da estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2012 (até 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000, 20.001 a 50.000, 50.001 a 100.000 e acima de 100.000 habitantes).

## Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados e tratados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel Professional Plus 2013<sup>®</sup>. Para a análise dos dados referentes à integralidade e abrangência da oferta de

serviços em cruzamento com a região e o porte populacional, aplicou-se o Teste Qui-Quadrado para proporções esperadas iguais em amostras de variáveis nominais, e todos os valores de p abaixo de 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

Entre 2012 e 2018, a proporção de equipes que ofertavam ações programadas para grupos populacionais prioritários aumentou de 70,7% para 93,3%, com maior destaque para as Regiões Sul e Centro-Oeste, com elevações de 27,8 e 27,0 p.p., respectivamente, e nos municípios com até 20 mil habitantes (Tabela 1). Quando se refere às ações de promoção e prevenção, o aumento verificado foi ainda mais expressivo, saindo de 68,1% em 2012 e chegando a 96,2% em 2018, com elevação superior a 30 p.p. no Sudeste, Sul e Centro-Oeste e municípios até 50 mil habitantes (Tabela 1).

A prevalência de equipes que realizam coleta de material para exames laboratoriais aumentou 12,1 p.p., alcançando quase 2/3 do total de equipes que compõem a amostra (62,6%), com maiores aumentos no Sul (20,6 p.p.) e municípios entre 10 e 20 mil habitantes (20,7 p.p.). Ao mesmo tempo, o incremento do número de equipes que realizam um rol essencial de procedimentos e pequenas cirurgias foi de 26,2 p.p.. As Regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os melhores avanços, e, quanto ao porte dos municípios, foram nas localidades com até 50 mil habitantes que ocorreram as melhorias mais acentuadas (Tabela 1). Para a saúde bucal, o crescimento nacional da prevalência de equipes que realizam um elenco básico de procedimentos foi de apenas 1,4 p.p., com aumento somente para a Região Nordeste e maiores melhorias nos municípios entre 20 e 100 mil habitantes (Tabela 1). No que diz respeito à realização de visitas domiciliares, a prevalência de equipes que se organizam para visitar famílias e usuários, de acordo com o risco e vulnerabilidade, já era elevada em 2012 (92,9%), aumentando para 96,0% em 2018, com maior crescimento no Centro-Oeste e pequeno decréscimo para municípios acima de 100 mil habitantes (Tabela 1).

**Tabela 1** – Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

| Variáveis                       | Oferece ações programadas para grupos populacionais prioritários*(l) |                    | Desenvolve ações de promoção e prevenção*(m) |                    | Realiza coleta de material para exames laboratoriais*(n) |                    |
|---------------------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)                            | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  |
| <b>Região</b>                   |  |                    |  |                    |  |                    |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 71,8 (68,9 - 74,7)   | 86,7 (84,5 - 88,9) | 78,2 (75,5 - 80,9)                           | 94,2 (92,7 - 95,7) | 50,6 (47,3 - 53,9)                                       | 44,8 (41,6 - 48,0) |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 79,1 (78,0 - 80,2)   | 95,5 (94,9 - 96,1) | 77,8 (76,7 - 78,9)                           | 96,8 (96,3 - 97,3) | 35,4 (34,1 - 36,7)                                       | 51,2 (49,8 - 52,6) |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 65,9 (64,7 - 67,1)   | 91,8 (91,1 - 92,5) | 60,7 (59,4 - 62,0)                           | 95,2 (94,6 - 95,8) | 65,0 (63,8 - 66,2)                                       | 72,5 (71,3 - 73,7) |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 66,1 (64,3 - 67,9)   | 93,9 (93,0 - 94,8) | 63,1 (61,2 - 65,0)                           | 97 (96,3 - 97,7)   | 44,8 (42,9 - 46,7)                                       | 65,4 (63,6 - 67,2) |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 68,5 (65,7 - 71,3)   | 95,5 (94,2 - 96,8) | 65,9 (63,0 - 68,8)                           | 98,4 (97,6 - 99,2) | 56,5 (53,5 - 59,5)                                       | 71,8 (69,1 - 74,5) |
| <b>Porte Populacional</b>       |  |                    |  |                    |  |                    |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 64,9 (62,9 - 66,9)   | 93,7 (92,7 - 94,7) | 66,1 (64,1 - 68,1)                           | 98,6 (98,1 - 99,1) | 46,7 (44,6 - 48,8)                                       | 63,2 (61,2 - 65,2) |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 65,3 (63,4 - 67,2)   | 93,4 (92,4 - 94,4) | 65,5 (63,6 - 67,4)                           | 98,6 (98,1 - 99,1) | 31,7 (29,9 - 33,5)                                       | 52,4 (50,4 - 54,4) |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 70,9 (69,4 - 72,4)   | 95,4 (94,7 - 96,1) | 67,8 (66,2 - 69,4)                           | 98,4 (98,0 - 98,8) | 39,0 (37,4 - 40,6)                                       | 56,9 (55,2 - 58,6) |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 73,0 (70,9 - 75,1)   | 96,4 (95,5 - 97,3) | 68,6 (66,4 - 70,8)                           | 98,2 (97,6 - 98,8) | 44,2 (41,8 - 46,6)                                       | 59,8 (57,4 - 62,2) |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 74,9 (73,8 - 76,0)   | 91,4 (90,7 - 92,1) | 70,1 (68,9 - 71,3)                           | 92,7 (92,0 - 93,4) | 69,7 (68,5 - 70,9)                                       | 71,5 (70,3 - 72,7) |
| Brasil <sup>(k)</sup>           | 70,7 (70,0 - 71,4)   | 93,3 (92,9 - 93,7) | 68,1 (67,4 - 68,8)                           | 96,2 (95,9 - 96,5) | 50,5 (49,7 - 51,3)                                       | 62,6 (61,8 - 63,4) |

Continua

Continuação da Tabela 1

| Variáveis                       | Realiza procedimentos e pequenas cirurgias <sup>*(a)</sup> |                    | Realiza procedimentos básicos de saúde bucal <sup>*(b)</sup> |                    | Realiza visitas domiciliares de acordo com risco e vulnerabilidade <sup>*</sup> |                    |
|---------------------------------|--|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)  |
| Região                          |  |                    |  |                    |   |                    |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 17,2 (14,7 - 19,7)   | 41,1 (37,9 - 44,3) | 36,2 (33,1 - 39,3)   | 30,6 (27,6 - 33,6) | 88,3 (86,2 - 90,4)  | 93,0 (91,3 - 94,7) |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 8,0 (7,3 - 8,7)  | 45,1 (43,7 - 46,5) | 54,2 (52,8 - 55,6)   | 64,6 (63,3 - 65,9) | 93,9 (93,2 - 94,6)  | 96,6 (96,1 - 97,1) |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 8,7 (8,0 - 9,4)  | 26,8 (25,7 - 27,9) | 46,5 (45,2 - 47,8)   | 43,5 (42,2 - 44,8) | 93,1 (92,4 - 93,8)  | 95,1 (94,5 - 95,7) |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 27,9 (26,2 - 29,6)   | 51,8 (49,9 - 53,7) | 48,7 (46,8 - 50,6)   | 46,9 (45,0 - 48,8) | 93,9 (93,0 - 94,8)  | 96,8 (96,1 - 97,5) |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 18,0 (15,7 - 20,3)   | 44,2 (41,2 - 47,2) | 57,5 (54,5 - 60,5)   | 52,4 (49,4 - 55,4) | 87,7 (85,7 - 89,7)  | 98,4 (97,6 - 99,2) |
| Porte populacional              |  |                    |  |                    |   |                    |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 32,1 (30,2 - 34,0)   | 64,9 (62,9 - 66,9) | 56,1 (54,0 - 58,2)   | 59,5 (57,5 - 61,5) | 90,6 (89,4 - 91,8)  | 98,3 (97,8 - 98,8) |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 13,0 (11,7 - 14,3)   | 45,0 (43,0 - 47,0) | 52,3 (50,3 - 54,3)   | 56,6 (54,6 - 58,6) | 91,6 (90,5 - 92,7)  | 98,4 (97,9 - 98,9) |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 9,1 (8,1 - 10,1)   | 42,2 (40,5 - 43,9) | 52,3 (50,6 - 54,0)   | 60,5 (58,8 - 62,2) | 93,2 (92,3 - 94,1)  | 98,6 (98,2 - 99,0) |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 8,4 (7,1 - 9,7)  | 35,0 (32,7 - 37,3) | 51,7 (49,3 - 54,1)   | 56,8 (54,4 - 59,2) | 90,6 (89,2 - 92,0)  | 97,9 (97,2 - 98,6) |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 8,6 (7,9 - 9,3)  | 25,5 (24,3 - 26,7) | 43,1 (41,8 - 44,4)   | 37,1 (35,8 - 38,4) | 94,9 (94,3 - 95,5)  | 92,3 (91,6 - 93,0) |
| Brasil <sup>(k)</sup>           | 12,9 (12,4 - 13,4)   | 39,1 (38,3 - 39,9) | 49,5 (48,7 - 50,3)   | 50,9 (50,1 - 51,7) | 92,9 (92,5 - 93,3)  | 96,0 (95,7 - 96,3) |

Nota: \*valor de  $p < 0,001$  (razão de verossimilhança); <sup>(a)</sup>n=908; <sup>(b)</sup>n=5.096; <sup>(c)</sup>n=5.723; <sup>(d)</sup>n=2.600; <sup>(e)</sup>n=1.051; <sup>(f)</sup>n=2.237; <sup>(g)</sup>n=2.466; <sup>(h)</sup>n=3.363; <sup>(i)</sup>n=1.670; <sup>(j)</sup>n=5.516; <sup>(k)</sup>n=15.378; <sup>(l)</sup>mulheres, mulheres gestantes, crianças, usuários com hipertensão arterial sistêmica e usuários com diabetes mellitus; <sup>(m)</sup>Para o 1º ciclo, foram selecionadas as cinco variáveis que apresentaram melhores resultados: (1) prevenção e tratamento de diabetes mellitus (89,4%), (2) prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica (89,3%), (3) gestantes e puérperas (87,3%), (4) mulheres (câncer do colo do útero e de mama) (82,1%) e planejamento familiar (78,5%); <sup>(n)</sup>Incluindo coleta de exame citopatológico; <sup>(o)</sup>Drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, lavagem de ouvido, extração de unha, nebulização/inalação, curativos, medicações injetáveis intramusculares, medicações injetáveis endovenosas e aplicação de penicilina G benzatina; <sup>(p)</sup>Aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia.

Entre 2012 e 2018, a proporção de equipes que contava com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) aumentou de 56,5% para 75,2%, com incremento superior a 30 p.p. na Região Norte e a 45 p.p. nos municípios com até 10 mil habitantes (Tabela 2). Ao mesmo tempo, ocorreu um expressivo aumento na prevalência de equipes que passaram a oferecer Práticas Integrativas e Complementares (PIC) de 13,3% para 34,3%, com destaque para o Sudeste (18,7% - 41,5%) e para municípios acima de 100 mil habitantes (23,8% - 48,6%) (Tabela 2). Por fim, quando se trata da realização de ações intersectoriais, houve um aumento de 9,9 p.p. da prevalência de equipes que realizavam atividades nas escolas da sua área de abrangência, com elevações superiores a 10 p.p. no Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste e municípios acima de 50 mil habitantes (Tabela 2).

No que diz respeito ao cuidado a grupos populacionais prioritários, entre 2012 e 2018, nacionalmente, praticamente não houve variação no percentual de usuáries puérperas que informaram ter recebido cuidados adequados durante a consulta de revisão do parto, embora tenha havido elevação de quase 5 p.p. no Nordeste. Foi encontrado aumento para usuários que responderam afirmativamente para o acesso a cuidados em menores de 2 anos

(4,6 p.p.) para um conjunto de elementos considerados essenciais. Por fim, quando se trata de cuidados recomendados a pessoas com diabetes, o incremento foi de 4,2 p.p., com maior elevação para o Nordeste. Para as três variáveis analisadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quando se considera o porte populacional dos municípios (Tabela 3).

Ao compararmos os dados referentes às ações preventivas de saúde da mulher, nota-se que houve variação positiva tanto para o quadro nacional (44,0% - 51,0%) quanto para todos os contextos observados (Tabela 3). Entre os usuários com necessidade de prótese dentária, para ambos os anos analisados, o percentual daqueles que afirmaram ter a disponibilidade da prótese na UBS e receberam orientações quanto aos cuidados que devem ter no seu uso foi muito baixa (5,2% e 7,9%), com melhor resultado para as menores localidades que apresentaram um percentual de 18,4% para 2018 (Tabela 3). A maioria dos usuários relatou receber a visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em seu domicílio, embora os percentuais tenham diminuído entre 2012 e 2018, sendo que as maiores variações negativas se deram no Sudeste e Centro-Oeste e em municípios com mais de 100 mil habitantes (Tabela 3).

**Tabela 2** - Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica segundo profissionais de saúde, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018

| Variáveis                   | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) <sup>*</sup> |                    | Oferece práticas integrativas e complementares <sup>*</sup> |                    | Realiza atividades nas escolas <sup>*</sup> |                    |
|-----------------------------|--|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|
|                             | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)                           | 2018<br>% (IC95%)  |
| Região                      |  |                    |   |                    |   |                    |
| Norte <sup>(a)</sup>        | 42,0 (38,8 - 45,2)   | 74,0 (71,1 - 76,9) | 8,3 (6,5 - 10,1)  | 17,6 (15,1 - 20,1) | 80,7 (78,1 - 83,3)                          | 87,1 (84,9 - 89,3) |
| Nordeste <sup>(b)</sup>     | 63,4 (62,1 - 64,7)   | 84,4 (83,4 - 85,4) | 7,5 (6,8 - 8,2)   | 32,5 (31,2 - 33,8) | 79,7 (78,6 - 80,8)                          | 91,4 (90,6 - 92,2) |
| Sudeste <sup>(c)</sup>      | 59,4 (58,1 - 60,7)   | 71,6 (70,4 - 72,8) | 18,7 (17,7 - 19,7)  | 41,5 (40,2 - 42,8) | 69,8 (68,6 - 71,0)                          | 80,2 (79,2 - 81,2) |
| Sul <sup>(d)</sup>          | 46,6 (44,7 - 48,5)   | 67,2 (65,4 - 69,0) | 13,3 (12,0 - 14,6)  | 33,3 (31,5 - 35,1) | 77,1 (75,5 - 78,7)                          | 82,7 (81,2 - 84,2) |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup> | 45,1 (42,1 - 48,1)   | 71,1 (68,4 - 73,8) | 15,6 (13,4 - 17,8)  | 21,1 (18,6 - 23,6) | 79,0 (76,5 - 81,5)                          | 90,0 (88,2 - 91,8) |

Continua

Continuação da Tabela 2

| Variáveis                       | Recebe apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF)* |                    | Oferece práticas integrativas e complementares* |                    | Realiza atividades nas escolas* |                    |
|---------------------------------|--|--------------------|---|--------------------|---------------------------------|--------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)                               | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)               | 2018<br>% (IC95%)  |
| Porte Populacional              |  |                    |   |                    |                                 |                    |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 27,1 (25,3 - 28,9)   | 74,2 (72,4 - 76,0) | 7,1 (6,0 - 8,2)                                 | 27,0 (25,2 - 28,8) | 84,3 (82,8 - 85,8)              | 90,0 (88,8 - 91,2) |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 39,4 (37,5 - 41,3)   | 75,4 (73,7 - 77,1) | 6,6 (5,6 - 7,6)                                 | 23,2 (21,5 - 24,9) | 80,5 (78,9 - 82,1)              | 89,7 (88,5 - 90,9) |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 60,2 (58,5 - 61,9)   | 82,0 (80,7 - 83,3) | 7,7 (6,8 - 8,6)                                 | 26,2 (24,7 - 27,7) | 79,9 (78,5 - 81,3)              | 89 (87,9 - 90,1)   |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 68,9 (66,7 - 71,1)   | 81,6 (79,7 - 83,5) | 8,8 (7,4 - 10,2)                                | 30,7 (28,5 - 32,9) | 73,9 (71,8 - 76,0)              | 87,6 (86,0 - 89,2) |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 70,6 (69,4 - 71,8)   | 81,6 (79,7 - 83,5) | 23,8 (22,7 - 24,9)                              | 48,6 (47,3 - 49,9) | 67,4 (66,2 - 68,6)              | 79,0 (77,9 - 80,1) |
| Brasil <sup>(k)</sup>           | 56,5 (55,7 - 57,3)   | 75,2 (74,5 - 75,9) | 13,3 (12,8 - 13,8)                              | 34,3 (33,5 - 35,1) | 75,5 (74,8 - 76,2)              | 85,4 (84,8 - 86,0) |

Nota: \*valor de p < 0,001 (razão de verossimilhança); <sup>(a)</sup>n=908; <sup>(b)</sup>n=5.096; <sup>(c)</sup>n=5.723; <sup>(d)</sup>n=2.600; <sup>(e)</sup>n=1.051; <sup>(f)</sup>n=2.237; <sup>(g)</sup>n=2.466; <sup>(h)</sup>n=3.363; <sup>(i)</sup>n=1.670; <sup>(j)</sup>n=5.516; <sup>(k)</sup>n=15.378.**Tabela 3 - Integralidade e abrangência da oferta de serviços na Atenção Básica segundo usuários, por grande região e porte populacional, Brasil, 2012 e 2018**

| Variáveis                       | Revisão do parto e cuidados com a mulher** <sup>(l);(m)</sup> |                    | Acompanhamento de crianças menores de 2 anos** <sup>(n);(o)</sup>              |                    | Acompanhamento de pessoas com Diabetes <sup>(p);(q)</sup>     |                    |
|---------------------------------|---|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012**<br>% (IC95%)   | 2018*<br>% (IC95%) |
| Região                          |   |                    |  |                    |   |                    |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 13,3 (8,1 - 18,5)   | 14,3 (10,1 - 18,5) | 17,5 (13,8 - 21,2)   | 23,2 (19,3 - 27,1) | 17,6 (13,2 - 22,0)  | 20,7 (16,1 - 25,3) |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 23,4 (20,8 - 26,0)  | 28,3 (25,8 - 30,8) | 25,1 (23,3 - 26,9)   | 33,9 (31,8 - 36,0) | 21,0 (19,0 - 23,0)  | 30,8 (28,7 - 32,9) |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 23,7 (22,0 - 25,4)  | 20,6 (18,7 - 22,5) | 33,2 (31,7 - 34,7)   | 33,1 (31,3 - 34,9) | 29,9 (28,4 - 31,4)  | 32,3 (30,7 - 33,9) |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 21,8 (18,3 - 25,3)  | 24,1 (20,6 - 27,6) | 28,3 (25,1 - 31,5)   | 36,9 (33,6 - 40,2) | 22,4 (19,9 - 24,9)  | 27,6 (25,2 - 30,0) |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 15,5 (12,0 - 19,0)  | 12,2 (8,4 - 16,0)  | 17,8 (15,1 - 20,5)   | 27,4 (23,3 - 31,5) | 24,5 (21,1 - 27,9)  | 24 (20,3 - 27,7)   |
| Porte Populacional              |   |                    |  |                    |   |                    |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 24,3 (21,0 - 27,6)  | 20,4 (17,0 - 23,8) | 27,4 (24,8 - 30,0)   | 36,2 (33,0 - 39,4) | 23,9 (21,3 - 26,5)  | 28,8 (25,8 - 31,8) |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 23,0 (20,0 - 26,0)  | 23,5 (20,1 - 26,9) | 28,2 (25,8 - 30,6)   | 33,6 (30,6 - 36,6) | 24,6 (22,0 - 27,2)  | 29,3 (26,5 - 32,1) |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 21,2 (18,7 - 23,7)  | 24,5 (21,7 - 27,3) | 26,9 (24,8 - 29,0)   | 32,3 (29,9 - 34,7) | 23,0 (20,9 - 25,1)  | 29,8 (27,5 - 32,1) |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 21,1 (17,6 - 24,6)  | 21,7 (18,0 - 25,4) | 29,7 (26,7 - 32,7)   | 33,1 (29,7 - 36,5) | 21,6 (18,7 - 24,5)  | 29,2 (26,1 - 32,3) |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 22,3 (20,3 - 24,3)  | 21,8 (19,7 - 23,9) | 28,6 (26,9 - 30,3)   | 30,9 (29,0 - 32,8) | 29,6 (28,0 - 31,2)  | 31 (29,4 - 32,6)   |
| Brasil <sup>(k)</sup>           | 22,3 (21,1 - 23,5)  | 22,4 (21,1 - 23,7) | 28,1 (27,1 - 29,1)   | 32,7 (31,5 - 33,9) | 25,9 (24,9 - 26,9)  | 30,1 (29,1 - 31,1) |
| Variáveis                       | Ações preventivas de saúde da mulher** <sup>(r);(s)</sup>     |                    | Disponibilização e orientação sobre o uso de prótese dentária** <sup>(t)</sup> |                    | Recebe a visita do Agente Comunitário de Saúde no domicílio** |                    |
|                                 | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)  | 2018<br>% (IC95%)  | 2012<br>% (IC95%)   | 2018<br>% (IC95%)  |
| Região                          |   |                    |  |                    |   |                    |
| Norte <sup>(a)</sup>            | 44,7 (42,8 - 46,6)  | 48,5 (46,5-50,5)   | 1,9 (0,3 - 3,5)  | 2,3 (0,6 - 4,0)    | 82,2 (80,9 - 83,5)  | 78,6 (77,1 - 80,1) |
| Nordeste <sup>(b)</sup>         | 48,3 (47,5 - 49,1)  | 57,0 (56,2-57,8)   | 2,2 (1,6 - 2,8)  | 4,1 (3,4 - 4,8)    | 84,8 (84,3 - 85,3)  | 84,6 (84,1 - 85,1) |
| Sudeste <sup>(c)</sup>          | 40,3 (39,6 - 41,0)  | 46,8 (46,0-47,6)   | 8,9 (7,4 - 10,4)   | 11,1 (9,7 - 12,5)  | 87,7 (87,3 - 88,1)  | 82,5 (82,0 - 83,0) |
| Sul <sup>(d)</sup>              | 47,5 (46,3 - 48,7)  | 51,4 (50,2-52,6)   | 7,7 (6,2 - 9,2)  | 12,1 (10,2 - 14,0) | 83,5 (82,8 - 84,2)  | 79,0 (78,2 - 79,8) |
| Centro-Oeste <sup>(e)</sup>     | 34,4 (32,7 - 36,1)  | 44,9 (43,1-46,7)   | 8,2 (5,0 - 11,4)   | 11,7 (8,1 - 15,3)  | 81,0 (79,8 - 82,2)  | 75,8 (74,5 - 77,1) |
| Porte Populacional              |   |                    |  |                    |   |                    |
| Até 10.000 <sup>(f)</sup>       | 44,8 (43,6 - 46,0)  | 53,5 (52,3 - 54,7) | 11,5 (9,7 - 13,3)  | 18,4 (16,2 - 20,6) | 89,3 (88,7 - 89,9)  | 88,5 (87,8 - 89,2) |
| 10.001 a 20.000 <sup>(g)</sup>  | 45,4 (44,3 - 46,5)  | 54,1 (53,0 - 55,2) | 6,9 (5,4 - 8,4)  | 8,7 (7,0 - 10,4)   | 88,8 (88,2 - 89,4)  | 87,7 (87,0 - 88,4) |
| 20.001 a 50.000 <sup>(h)</sup>  | 44,0 (43,0 - 45,0)  | 53,1 (52,1 - 54,1) | 3,0 (2,1 - 3,9)  | 4,6 (3,5 - 5,7)    | 86,2 (85,6 - 86,8)  | 84,1 (83,5 - 84,7) |
| 50.001 a 100.000 <sup>(i)</sup> | 45,4 (44,0 - 46,8)  | 52,8 (51,4 - 54,2) | 2,5 (1,3 - 3,7)  | 3,6 (2,2 - 5,0)    | 84,0 (83,1 - 84,9)  | 78,9 (77,9 - 79,9) |
| 100.000 ou mais <sup>(j)</sup>  | 42,6 (41,8 - 43,4)  | 46,3 (45,5 - 47,1) | 2,8 (2,0 - 3,6)  | 5,4 (4,4 - 6,4)    | 81,8 (81,3 - 82,3)  | 75,7 (75,1 - 76,3) |
| Brasil <sup>(k)</sup>           | 44,0 (43,5 - 44,5)  | 51,0 (50,5 - 51,5) | 5,2 (4,6 - 5,8)  | 7,9 (7,2 - 8,6)    | 85,3 (85,0 - 85,6)  | 81,9 (81,6 - 82,2) |

Nota: \*valor de p < 0,001 para região e valor de p > 0,05 para porte populacional (razão de verossimilhança); \*\*valor de p < 0,001 (razão de verossimilhança); <sup>(a)</sup>2012=3.231/2018=3.049; <sup>(b)</sup>2012=19.653/2018=18.427; <sup>(c)</sup>2012=22.870/2018=21.193; <sup>(d)</sup>2012=9.560/2018=9.689; <sup>(e)</sup>2012=4.040/2018=4.011; <sup>(f)</sup>2012=8.813/2018=8.650; <sup>(g)</sup>2012=9.834/2018=9.282; <sup>(h)</sup>2012=13.055/2018=12.558; <sup>(i)</sup>2012=6.580/2018=6.311; <sup>(j)</sup>2012=21.072/2018=19.568; <sup>(k)</sup>2012=59.354/2018=56.369; <sup>(l)</sup>Foram consideradas apenas usuárias que fizeram consulta de puerpério (n=4.550 (2012) e n=4.058 (2018)); <sup>(m)</sup>Questões consideradas: (1) como a puérpera estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão, (2) oferta de método contraceptivo, (3) realização de exame ginecológico e (4) exame das mamas; <sup>(n)</sup>Foram consideradas apenas usuárias com crianças até 2 anos (n=7.964 (2012) e n=6.183 (2018)); <sup>(o)</sup>Questões consideradas: (1) ações durante a consulta na primeira semana de vida (criança pesada, medida, colocada pra mamar, umbigo examinado e questionado se a criança possuía certidão de nascimento), (2) realização do teste do pezinho, (3) vacinação em dia, (4) acompanhamento do desenvolvimento da criança e (5) orientação sobre alimentação da criança até dois anos; <sup>(p)</sup>Foram consideradas apenas usuárias com diabetes (n=7.359 (2012) e n=7.424 (2018)); <sup>(q)</sup>Questões consideradas: nos últimos 6 meses (1) fez exame de glicemia, (2) profissional examinou os pés e (3) profissional orientou sobre o cuidado com os pés; <sup>(r)</sup>Foram consideradas apenas usuárias do sexo feminino (n=46.080 (2012) e n=44.108 (2018)); <sup>(s)</sup>Questões consideradas: (1) orientação sobre a realização de exame para prevenção do câncer do colo do útero e (2) orientação sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos; <sup>(t)</sup>Foram consideradas apenas usuárias com necessidade de prótese dentária (n=5.888 (2012) e n=6.353 (2018)).

## DISCUSSÃO

Para que a AB se torne, efetivamente, um espaço capaz de ofertar cuidados integrais em saúde, é fundamental que ela possa atuar como ponto preferencial de primeiro contato regular dos usuários com o sistema de saúde, exercendo a função de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, sobretudo para aqueles usuários que demandam os serviços mais recorrente<sup>(4-5)</sup>.

No que diz respeito à oferta de ações programadas para grupos populacionais, historicamente identificados como prioritários, os dados revelam que, embora tenha havido um importante aumento da proporção de equipes que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para tais grupos, a qualidade do cuidado ainda enfrenta grandes desafios, principalmente nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Considerando os elementos marcadores da qualidade da atenção, como demonstram os dados, apenas 22,4% das puérperas afirmaram que foram perguntadas sobre como estavam se sentindo emocionalmente, receberam oferta de método contraceptivo, cuidados ginecológicos e tiveram as mamas examinadas. Para crianças até 2 anos, cerca de 1/3 (32,7%) recebeu atendimento durante a primeira semana de vida, realizou o teste do pezinho, estava com a vacinação em dia, entre outras questões essenciais no acompanhamento de crianças nessa faixa etária. Entre os usuários com diabetes, somente cerca de 1/3 relatou ter feito exame de glicemia, os pés examinados por um profissional de saúde e ter recebido orientação sobre o cuidado com os pés nos últimos 6 meses.

Serviços organizados para atender de maneira qualificada a demanda mais recorrente implica, necessariamente, melhores desfechos de saúde, principalmente para usuários em condições crônicas, evitando o agravamento e a deterioração da sua saúde e a procura por serviços especializados e internações por causas evitáveis pela AB<sup>(9,24)</sup>. Como aponta a literatura, tudo isso requer a eliminação de barreiras físicas e organizacionais para o acesso, a disponibilidade de insumos e equipamentos que permitam o desenvolvimento das ações, assim como a qualificação dos profissionais para o desenvolvimento de boas práticas no cuidado<sup>(25)</sup>.

Ações de promoção da saúde, aliadas a esforços para a prevenção de agravos, têm ocupado posição de relevo nas práticas empreendidas pela ESF desde a sua origem. Equipes buscam, de maneira diversificada, articular as ações assistenciais-curativas a práticas que visam evitar o adoecimento e contribuir para o estabelecimento de condições adequadas de vida e saúde em seus territórios de atuação<sup>(11-12)</sup>, seja por meio de atividades em grupos programáticos e de educação em saúde, iniciativas coordenadas com outros aparelhos públicos ou da sociedade civil organizada, ou intervenções diretas durante o contato individual com usuários no momento do atendimento<sup>(12)</sup>.

Como sugerem os dados apresentados, em 2018, quase a totalidade das equipes desenvolviam ações de promoção e prevenção (96,2%), no entanto, ao selecionarmos uma temática específica para captarmos a percepção de usuáries quanto ao alcance das ações de prevenção do câncer do colo do útero e de planejamento familiar, notou-se que ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas pelas equipes. A qualificação das iniciativas de promoção e prevenção exige mudanças na concepção e na organização do trabalho realizado nas UBS, devendo superar uma feição prescritiva de comportamentos tidos como

saudáveis, na perspectiva de se construir, a partir da pactuação permanente entre profissionais e usuários, possibilidades de mudanças nas atitudes e hábitos dos indivíduos<sup>(12)</sup>.

Quando se trata da realização de coleta de material para exames laboratoriais e de procedimentos e pequenas cirurgias, os dados revelaram que, ao longo dos anos 2010, houve um importante aumento na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um conjunto essencial de procedimentos como drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, retirada de pontos, curativos, entre outros. Uma crítica recorrente é de que a capacidade da AB de resolver os problemas dos usuários é muito baixa, e essa avaliação negativa, muitas vezes, decorre da ausência de acolhimento à demanda espontânea e da limitada oferta de procedimentos que são frequentemente demandados pelos usuários, diminuindo, sobremaneira, a possibilidade de a equipe resolver os problemas na própria UBS sem a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades em outros pontos de atenção.

Como aponta a literatura, que tem se debruçado mais recentemente sobre o escopo de práticas de profissionais médicos e enfermeiros que integram as equipes de SF, ainda persistem grandes obstáculos para a ampliação da oferta de um conjunto estratégico de ações que permitiriam um aumento da resolutividade da AB<sup>(13-14)</sup>. Muitas vezes, as equipes não ofertam ou realizam procedimentos por falta de treinamento que lhes assegurem as habilidades necessárias para a sua execução técnica apropriada, pela falta ou escassez de materiais e insumos indispensáveis para a sua realização, ou até mesmo porque não entendem a AB como o lugar para a oferta dessas ações<sup>(13-14)</sup>. A restrição da abrangência de procedimentos ofertados/realizados nas UBS é ainda maior em cidades mais populosas que contam com uma rede de urgências e serviços especializados em maior número. Em 2018, enquanto nos municípios com até 10 mil habitantes a proporção de equipes que realizavam a totalidade dos procedimentos listados era de 64,9%, nas maiores cidades era de 25,5% (Tabela 1).

Em relação à oferta de procedimentos básicos de saúde bucal, notamos que, de maneira geral, não houve melhorias relevantes da prevalência de equipes que passaram a oferecer procedimentos, como a aplicação de selante, aplicação tópica de flúor, restauração de amálgama, restauração de resina composta e exodontia. Foram, principalmente, nas cidades de médio porte que esse cenário mais evoluiu positivamente, e a Região Norte seguiu apresentando resultados muito inferiores às demais regiões, demonstrando claramente o grau de dificuldade que os municípios da região encontram em organizar ofertas de saúde bucal adequadas. Olhando a questão de outro ângulo, considerando a resposta dos usuários, ao selecionarmos um importante marcador da qualidade da oferta de saúde bucal, qual seja, a disponibilidade e acompanhamento para o uso adequado de prótese dentária, os resultados indicam baixo acesso público nas UBS e o quanto os usuários ainda precisam recorrer a clínicas e consultórios privados para acessarem próteses quando necessário.

A oferta de saúde bucal configura um importante elemento da experiência brasileira, relacionado à integralidade na AB. Mas, de todo modo, como aponta a literatura, as coberturas populacionais de saúde bucal permanecem inferiores às coberturas da ESF. Os municípios ainda encontram fortes dificuldades em equipar e suprir as unidades com insumos essenciais para as ações de

saúde bucal e a organização da rede segue com elevado grau de fragmentação e desarticulação, principalmente quando se trata do seguimento de usuários com diagnóstico de câncer de boca e que necessitam de prótese dentária<sup>(15-16)</sup>.

Outra importante questão associada à capacidade da AB potencializar a sua oferta de cuidados integrais é a organização da agenda das equipes para realização de ações na casa das pessoas e famílias, sobretudo quando se trata do acompanhamento longitudinal de usuários com doenças crônicas não-transmissíveis e usuários mais suscetíveis ao adoecimento ou agravamento de doenças em decorrência de fatores socioeconômicos<sup>(17-18)</sup>. A realização do cuidado no domicílio pode proporcionar maior conhecimento sobre os usuários, considerando seus hábitos, rotina e fatores de risco sob os quais estão expostos, contribuindo para uma atenção mais focada em suas necessidades concretas<sup>(17-18)</sup>. Para essa temática, como sugerem os dados, a grande maioria das equipes procura organizar o seu processo de trabalho de maneira a assegurar que sejam realizadas visitas domiciliares e que essas visitas sejam determinadas pelo risco e vulnerabilidade dos usuários. Ao mesmo tempo, a maior parte dos usuários entrevistados indicou que recebe a visita do ACS em seu domicílio, muito embora os percentuais tenham diminuído entre 2012 e 2018, principalmente no Centro-Sul do país e nas cidades mais populosas. Uma possível explicação para essa diminuição, a ser melhor investigada, é a de que, a partir de 2015, o número de ACS, pela primeira vez desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tem diminuído, levando a quedas sucessivas de coberturas<sup>(6)</sup>.

A busca pela integralidade deve, necessariamente, incorporar um espectro mais amplo de saberes que exigem a superação do modelo médico hegemônico, que privilegia uma perspectiva biologicista dos problemas e necessidades de saúde, restringindo as estratégias de cuidado à sua vertente biológica, negligenciando a sua interdependência com fatores sociais, econômicos e culturais<sup>(17,20)</sup>. Nesse sentido, a articulação de diferentes saberes, em prol da ampliação da capacidade dos serviços encontrarem respostas adequadas à singularidade dos indivíduos, exige abordagens que favoreçam a multidimensionalidade do cuidado e a superação de práticas compartimentalizadas e medicalizantes<sup>(20,26)</sup>. Iniciativas como a implantação do NASF e a incorporação de um leque mais amplo de racionalidades médicas nas práticas de cuidado que ocorrem nas UBS e no território de atuação das equipes de SF podem representar um importante acúmulo para o alcance de pressupostos que permeiam a ideia de integralidade na AB<sup>(19-21)</sup>.

Os resultados apresentados demonstram ter ocorrido significativo aumento na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio do NASF, principalmente nas menores cidades, em decorrência da mudança na política de financiamento do MS que, desde o final de 2012, passou a reconhecer a possibilidade de implantação de NASF em municípios onde havia apenas 1 ou 2 equipes de SF. Contudo, como aponta a literatura, muitos desafios ainda se apresentam para a qualificação das ações individuais e coletivas dos trabalhadores que integram os NASF<sup>(19)</sup>. Eles encontram grandes dificuldades para consolidar o seu vínculo com os demais profissionais e a população, sobretudo pelo elevado número de equipes de SF vinculadas a cada núcleo, obstáculos para o seu deslocamento entre os territórios de atuação das diferentes equipes e a falta de formação adequada e habilidades

para atuarem nos NASF<sup>(19)</sup>. Os resultados também demonstraram um relevante aumento na prevalência de equipes que ofertam PIC como estratégia de ampliação do leque terapêutico à disposição dos usuários que procuram as UBS, e os percentuais mais elevados continuam sendo no Sudeste e cidades maiores, localidades que concentram a maior porção de centros formadores em PIC. Na maior parte das situações, são os próprios trabalhadores que tomam a iniciativa de buscar formação, dado que a sua oferta no Brasil ainda é insuficiente, difusa e com limitação na qualidade<sup>(21)</sup>.

Por fim, a efetivação da integralidade na AB também exige do serviço de saúde um esforço de reconhecimento mais aprofundado da realidade do território em que atua e capacidade de conexão com outros setores do poder público e da sociedade civil organizada. Uma maior articulação da AB com aparatos educacionais, de assistência social, culturais, religiosos e associativos, de maneira geral, desloca o eixo de atuação dos serviços para uma perspectiva mais abrangente de compreensão das necessidades dos usuários, considerando que a maior parte dos elementos que produzem efeito sobre a saúde dos indivíduos e coletividades ocorre no território em que habitam e formam seus laços de convivência e interação cotidiana<sup>(12,22)</sup>. Um bom exemplo de ação intersetorial entre a SF e a educação é o Programa Saúde na Escola (PSE) que, de acordo com os resultados, também apresentou aumento no período analisado, evidenciando o crescente esforço de gestores e trabalhadores em implementar ações de intersetorialidade, independentemente do contexto observado.

### Limitações do estudo

Embora a maior parte das equipes de SF existentes no país tenha participado do PMAQ, por se tratar de um programa por adesão, a amostra das equipes que integram o estudo não é completamente aleatória. Ao mesmo tempo, como ocorreram mudanças nos instrumentos entre o 1º e o 3º ciclos, importantes questões relacionadas à integralidade, que poderiam aumentar a profundidade das análises empreendidas, não puderam ser mobilizadas, tais como questões associadas a práticas realizadas nos domicílios e motivos que constroem ou limitam a possibilidade das equipes ofertarem um escopo mais amplo de ações.

### Contribuições para as áreas de enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados do estudo podem contribuir para o aperfeiçoamento e reorientação de políticas, programas e práticas dos trabalhadores de saúde, incluindo os profissionais de enfermagem, direcionando-os para o enfretamento de aspectos da integralidade que apresentam maiores lacunas e deficiências, com olhar sobre os diferentes contextos para o desenvolvimento de ações que possam atender às especificidades das distintas realidades.

### CONCLUSÕES

O acesso e a integralidade do cuidado na AB vêm se fortalecendo desde quando o Estado brasileiro, por meio do SUS, passou e implementar políticas mais estruturadas de AB em todo o país. Como se pôde observar ao longo do estudo, para quase todas

as dimensões relacionadas à integralidade que foram abordadas foram constatadas melhorias durante o período analisado. Houve um aumento na prevalência de equipes de SF que asseguram cuidados preventivos e assistenciais para grupos populacionais prioritários; quase a sua totalidade desenvolve ações de promoção e prevenção; encontrou-se elevação na prevalência de equipes que passaram a ofertar de maneira regular um conjunto essencial de procedimentos; a maior parte delas organizam seu processo de trabalho para assegurar que sejam realizadas visitas domiciliares, com prioridade para usuários com maior risco e vulnerabilidade; encontrou-se crescimento expressivo na proporção de equipes que passaram a contar com o apoio do NASF e que incorporaram PIC no rol de ofertas aos usuários, além do aumento no percentual de equipes que buscam efetivar ações intersetoriais por meio da articulação com o setor educação.

Mas, por outro lado, os dados também revelaram importantes desafios para a qualificação da oferta dos serviços de AB. Para grupos como puérperas, crianças de até 2 anos e usuários com diabetes, foram constatadas necessidades de aperfeiçoamento das práticas das equipes para assegurar um cuidado adequado aos usuários, principalmente no Norte e no Centro-Oeste. Do mesmo modo, foram detectadas importantes lacunas para a qualificação das ações preventivas direcionadas à saúde da

mulher e obstáculos para a ampliação da oferta de um conjunto estratégico de procedimentos que permitiriam maior capacidade de resolutividade da AB, sobretudo no Sudeste e municípios mais populosos. Quanto à oferta de saúde bucal, também persistem gargalos significativos, principalmente do Norte, que seguem apresentado resultados muito inferiores às demais regiões. O percentual de usuários que afirmaram receber a visita de ACS apresentou pequena oscilação negativa, com maiores quedas no Centro-Sul e cidades mais populosas.

Esse cenário de melhorias dependeu da atuação direta do Estado a partir da implementação de ações voltadas para a superação de obstáculos históricos vivenciados pelo SUS e pela AB, tais como o investimento na estruturação das UBS e em processos para o aumento do acesso e a melhoria da qualidade, bem como o provimento de profissionais médicos em áreas de baixa atração e fixação da força de trabalho médica no país. Contudo, a agenda de austeridade fiscal que vem sendo implementada ao longo dos últimos anos vem impondo às políticas sociais, incluindo à saúde, um movimento de retração dos recursos disponíveis, representando um forte prenúncio de diminuição da capacidade de resposta do Estado frente às necessidades de saúde da população e, por conseguinte, da possibilidade de a AB seguir uma trajetória positiva de avanços em direção a uma maior oferta de cuidados integrais.

## REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R, Ferla A, Silva Jr AG. Integrality in the population's health care programs. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):343-49. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200010>
2. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, (Orgs.). Políticas e sistema de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 365-93.
3. Mattos RA. [Comprehensiveness in practice (or, on the practice of comprehensiveness)]. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-16. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037> Portuguese.
4. Carnut L. [Care, integrality and primary care: essential articulation to reflect on the health sector in Brazil]. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1177-86. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515> Portuguese.
5. Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl-1):S21-S23. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>
6. Ministério da Saúde (BR). Histórico de cobertura da atenção básica [Internet]. 2019[cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
7. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family health strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 07];15:151. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0440-7>
8. Macinko J, Mendonça CS. [The family health strategy, a strong model of primary health care that delivers results]. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 07];42(spe-1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102> Portuguese.
9. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. [Integrality-building in the care of people with diabetes mellitus in a healthcare unit of Feira de Santana, Bahia State]. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(Suppl-1):1417-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700077> Portuguese.
10. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. [Integrality and primary health care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo]. *Saúde Soc*. 2011;20(4):948-60. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012> Portuguese.
11. Arce VAR, Sousa MF. [Comprehensive care: social representations of Family health teams in Distrito Federal, Brazil]. *Saúde Soc*. 2013;22(1):109-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100011> Portuguese.
12. Prado NMBL, Santos AM. [Health promotion in primary health care: systematization of challenges and intersectoral strategies]. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):379-95. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s126> Portuguese.
13. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, et al. Assessment of the scope of practice of physicians participating in the Mais Médicos (More Doctors) Program, and associated factors. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 07];21(9):2739-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>



14. Girardi SN, Stralen ACS, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, et al. Scope of practice in primary care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(suppl-1):S171-S184. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100008>
15. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. [Integrity in everyday dental care: review of the literature]. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(1):201-14. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00020> Portuguese.
16. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. [Dental care in Brazil: an analysis based on PMAQ-AB external evaluation]. *Saúde Debate*. 2014;38(esp):140-57. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011> Portuguese.
17. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, et al. The implementation of the Mais Médicos (More Doctors) Program and comprehensiveness of care in the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(9):2729-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>
18. Gasparini MFV, Furtado, JP. Longitudinality and comprehensiveness on the more doctors program: an evaluative study. *Saúde Debate*. 2019;43(120):30-42. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002>
19. Araújo Neto JD, Albuquerque IMN, Lira GV, Bosi MLM. [Restrictive aspects of comprehensive healthcare in the family health supporting nuclei: the stakeholder's viewpoint]. *Physis*. 2018;28(4):1-25. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280417> Portuguese.
20. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideias: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5. Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco; 2010. p. 9-36.
21. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. [Traditional and complementary medicine in primary health care in Brazil]. *Saúde Debate*. 2018;42(spe-1):174-88. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112> Portuguese.
22. Santos CTB, Barros IS, Amorim ACCLA, Rocha DG, Mendonça AVM, Sousa MF. Integrality in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(4):1233-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>
23. Ministério da Saúde (BR). *Microdados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)* [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 28]. Available from: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
24. Ceccon RF, Meneghell SN, Viecili PRN. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family health program in Brazil: an ecological study. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):968-77. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>
25. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, Thumé E, Silveira DS, et al. Diabetes care in Brazil; program to improve primary care access and quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*[Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 07];40(sup2):S12-S23. Available from: [https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Diabetes\\_Care\\_in\\_Brazil\\_\\_Program\\_to\\_Improve.3.aspx](https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Diabetes_Care_in_Brazil__Program_to_Improve.3.aspx)
26. Campos GWS. [Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services]. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(2):393-403. Available from: doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013> Portuguese.