

A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013

Deborah Carvalho Malta¹
 Maria Aline Siqueira Santos²
 Sheila Rizzato Stopa³
 José Eudes Barroso Vieira⁴
 Eduardo Alves Melo⁵
 Ademar Arthur Chioro dos Reis⁶

Abstract *Objective:* to present Family Health Strategy (ESF) coverage according to the National Health Survey (PNS), comparing to administrative data and previous coverage of the National Household Sample Survey (PNAD 2008), and describe the frequencies of home visiting teams. *Methods:* it was compared data from 2013 according to PNS and data from the Ministry of Health and the National Household Sample Survey (PNAD 2008). Home visiting indicators of PNS were stratified by education and Major Regions. *Results:* the proportion of households registered in Family Health Teams in Brazil was 53.4% (95%CI: 52.1-54.6), being higher in rural areas and in the Northeast. The proportion of residents in registered households was 56.2%, similar to the Ministry of Health (56.4%) and showed growth compared to PNAD 2008 (50.9%). There was variation between regions, UF and capitals. People with lower education level have received more home visiting monthly. *Discussion:* the ESF is an important promoter of health equity and its coverage and scope increase is successful in the country. **Key words** Health surveys, Family Health Strategy, Primary Health Care, Health services coverage, Unified Health System

Resumo O objetivo deste artigo é apresentar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), comparando com dados administrativos e coberturas anteriores da Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios (PNAD), além de descrever frequências de visitas domiciliares das equipes. Foram comparados dados de inquéritos populacionais em 2008 (PNAD), em 2013 (PNS) e dados administrativos do Departamento de Atenção Básica, sobre a proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, para Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, além de indicadores com visitas domiciliares por escolaridade. Observou-se aumento na cobertura da população pelo Saúde da Família no Brasil, passando de 50,9%, segundo a PNAD 2008, para 53,4% em 2013, segundo a PNS. O crescimento ocorreu no Brasil, Grandes Regiões, urbano e rural. Os dados da PNS em 2013 foram semelhantes aos administrativos do DAB em 2013, cerca de 56% de domicílios cadastrados. Populações com menor escolaridade receberam mais visitas domiciliares mensalmente. A ESF é um importante promotor de equidade em saúde e o aumento de sua cobertura e abrangência é exitoso no país.

Palavras-chave Inquéritos epidemiológicos, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Cobertura de serviços de saúde, Sistema Único de Saúde

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190/4º, Centro. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. dcmalta@uol.com.br

² Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (MS). Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, MS. Brasília DF Brasil.

⁵ Universidade Federal Fluminense. Niterói RJ Brasil.

⁶ Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

Nos últimos anos houve grande expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional¹, com forte indução e apoio do Ministério da Saúde, sendo considerada, enquanto estratégia prioritária de estruturação da atenção básica, a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar¹⁻³.

A ESF funciona por meio de equipes de saúde da família, e desde 2004 são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, podendo ainda este número ser menor de acordo com o risco e a vulnerabilidade social da população coberta³.

Starfield⁴ aponta que a acessibilidade (estrutura), a localização geográfica do serviço, os horários e dias de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a atenção primária seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Entende-se que a atenção primária resolutive implica na ampliação do acesso às demandas dos usuários, o que inclui horários adequados de funcionamento das unidades, acolhimento e atendimento da demanda espontânea e a capacidade em resolver as demandas trazidas pelos usuários. A capacidade de resposta qualificada da atenção básica depende também da integração com os outros níveis de assistência do sistema de saúde⁴⁻⁷.

Os investimentos na atenção básica trouxeram muitos resultados positivos em diversos países do mundo⁸⁻¹⁰ e também no Brasil¹¹, como a redução na taxa de mortalidade infantil, menos internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, mais acesso e continuidade do cuidado, menor custo, dentre outros.

A implantação da ESF no país experimentou expressiva expansão de cobertura na última década, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios. Dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde apontavam que, no ano de

2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira. Entretanto, existem importantes diferenças na cobertura e no acesso e na oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de saúde^{1,3}.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) coletou dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde, como cobertura da estratégia de saúde da família e informações sobre visitas domiciliares¹².

O objetivo deste estudo é apresentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), comparando com dados administrativos e coberturas anteriores da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), além de descrever frequências de visitas domiciliares das equipes.

Métodos

O estudo atual compara os resultados da PNS, com outra pesquisa domiciliar realizada pelo IBGE em 2008 (PNAD), e com dados administrativos do Ministério da Saúde, sobre cobertura da Saúde da Família.

A PNS é uma pesquisa de âmbito nacional e base domiciliar, realizada mediante parceria do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e, portanto, utiliza uma subamostra da Amostra Mestra deste Sistema, com a mesma estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA), constituídas por um ou mais setores censitários⁶.

O plano amostral da PNS foi por conglomerados divididos em três estágios. No primeiro foram selecionadas as unidades primárias de amostragem (UPA). Dentro de cada UPA foi selecionado um número fixo de domicílios (segundo estágio) particulares permanentes, que variou de 10 a 14. Em cada domicílio amostrado foi selecionado um morador com 18 anos e mais (terceiro estágio). Em todos os estágios, utilizou-se amostra aleatória simples como método de seleção¹².

O tamanho de amostra foi calculado em, aproximadamente, 81.000 domicílios, com o objetivo de estimação de alguns parâmetros de interesse em diferentes níveis de desagregação geo-

gráfica. No cálculo, foram levados em consideração os valores médios, as variâncias e os efeitos do plano amostral (EPA), supondo-se uma taxa de não resposta de 20%^{12,13}.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas nas quais foram utilizados computadores de mão (*Personal Digital Assistance - PDA*), que, por sua vez, foram programados para crítica de valores recebidos. O questionário foi dividido em três partes: 1) informações do domicílio selecionado: um para cada domicílio; 2) informações de todos os moradores: um morador (*proxy*), que geralmente recebia o entrevistador, respondia pelos demais que residiam no mesmo domicílio; e, 3) morador selecionado: um morador adulto (com 18 anos ou mais) selecionado para responder aos blocos específicos do questionário¹².

Foram obtidos registros de entrevistas em 64.348 domicílios e o informante de cada um respondeu para os demais sobre a cobertura da ESF. Assim, foram coletadas informações válidas para cerca de 205.000 moradores. Para análise de dados, foram utilizados fatores de expansão ou pesos amostrais para as UPA, para os domicílios e todos os moradores e para o morador selecionado^{12,13}.

O suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, obteve registros de entrevistas em 150.591 unidades domiciliares e 391.868 pessoas, em todas as Unidades da Federação. O plano amostral da PNAD foi realizado por meio de amostra probabilística de domicílios, divididos em três estágios. No primeiro foram selecionadas as unidades primárias de amostragem, os municípios; no segundo, de seleção, os setores censitários; e, os domicílios compuseram o terceiro, de seleção. A PNAD 2008 incluiu o tema da cobertura da saúde da família (domicílios e moradores cadastrados). O entrevistado, *proxy*, respondia por todos os moradores do domicílio¹⁴. A PNS teve um maior espalhamento geográfico na sua amostra, e maior precisão das estimativas quando comparada à PNAD. Importantes módulos da PNAD foram mantidos com pequenas atualizações, de forma a permitir o acompanhamento de indicadores entre as duas.

Os dados administrativos de cobertura e produção das equipes de saúde da família são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e atualizados mensalmente. Nas equipes que já implantaram o eSUS-AB, o registro é realizado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os mesmos são disponibilizados no sítio eletrônico

do Ministério da Saúde pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). Estes registros são atualizados mensalmente e podem ser monitorados no site¹⁵.

No presente estudo foram apresentados os seguintes indicadores:

1. *% de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família* (número de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família/número de domicílios entrevistados na PNS e PNAD);

2. *% de moradores de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família* (número de moradores de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família/total de moradores dos domicílios entrevistados). Indicador semelhante foi analisado com dados do DAB (número de moradores cadastrados na unidade de saúde da família/População IBGE);

3. *% de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais que recebem visita de agente comunitário em saúde (ACS) ou membro da equipe de saúde da família mensalmente* (número de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de ACS ou membro da equipe de saúde da família mensalmente/número de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais);

4. *% de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais que nunca receberam visita de agente comunitário em saúde (ACS) ou membro da equipe de saúde da família* (número de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais e que nunca receberam visita de ACS ou membro da equipe de saúde da família/número de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais).

Os indicadores de cobertura foram estratificados segundo Grandes Regiões, Unidades da Federação (UF), Capitais, urbano/rural e escolaridade. Foram descritas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%); e os números absolutos foram estimados. Quando não houve sobreposição dos intervalos de confiança, a diferença foi considerada estatisticamente significativa.

As proporções de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, para Brasil e Capitais dos Estados brasileiros, foram comparados com dados administrativos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Outra comparação proposta foi a de proporções de pessoas moradoras

em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, para Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação entre PNS, DAB e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008.

As visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde foram estratificadas segundo escolaridade e Grandes Regiões. Os dados foram analisados pelo software Stata 11.0, por meio do módulo *survey*, que considera efeitos da amostragem complexa. O projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), em junho de 2013. No momento da entrevista, todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

Resultados

A proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família no Brasil foi de 53,4% (IC95%: 52,1-54,6), sendo maior na área rural (70,9%) que na urbana (50,6%). A região Nordeste apresentou o maior percentual, com 64,7%, seguida da região Sul (56,2%); o Sudeste teve o menor valor com 46,0% (Tabela 1).

Quanto à proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, o valor para o Brasil foi de 56,2% (IC95%: 54,9-57,4), sendo também maior na área rural (72,3%) que na urbana (53,3%). A região Nordeste também apresentou o maior percentual (68,1%) e a região Sudeste, o menor (48,3%) (Tabela 1).

Quando observado por Unidades da Federação, as maiores proporções de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família foram em Tocantins (93,6%), Paraíba (81,0%) e Piauí (80,3%), e a menor no Distrito Federal, com 14,3% de cobertura (Tabela 1). Observando as capitais, Brasília e Salvador apresentaram os menores percentuais, 14,3% e 15,2%, respectivamente, e Palmas tem a maior proporção (88,9%) (Figura 1.1).

Comparando-se esses dados da PNS com os do DAB, também de 2013, observam-se valores semelhantes em ambas as fontes para o Brasil: 56,2% pela PNS e 56,4% pelo DAB, com -0,3% de variação; e para o total de capitais: 40,0% pela PNS e 39,1% pelo DAB (Tabela 2; Figura 1). Porém, ao se avaliar cada UF e capital, maiores diferenças são observadas. No Amapá e em Goiânia, os valores foram superiores nos dados do DAB, 58,6% e 47,1%, respectivamente; por outro lado, em Boa Vista e Campo Grande os valores

foram mais elevados segundo a PNS, com 51,3% e 74,6%, respectivamente (Tabela 2; Figura 1).

A Tabela 2 traz, também, a comparação dos dados da PNS 2013 com a PNAD de 2008, onde se observam valores semelhantes entre as duas pesquisas para as regiões Norte (53,5% e 53,9%, respectivamente) e Nordeste (68,1% na PNS e 67,7% na PNAD). Para as demais regiões e Brasil, os valores foram maiores na PNS, sendo de 50,9% na PNAD e 56,2% na PNS para Brasil (+10,3%); 38,5% na PNAD e 48,3% na PNS para a região Sudeste (+25,4%); 53,0% na PNAD e 58,4% na PNS para a região Sul (+10,3%); e 50,1% na PNAD e 54,5% na PNS para o Centro-Oeste (+8,8%). Em relação às UF, o Amapá e o Rio de Janeiro apresentaram as diferenças mais elevadas entre o período, 19,4% na PNAD e 33,8% na PNS para o primeiro (+74,6%), e 19,2% na PNAD e 35,1% na PNS para o segundo (+82,7%).

Avaliando por escolaridade, verificou-se que a proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família foi maior entre aqueles com menor nível de instrução, quando comparado com o maior nível de escolaridade. Esse perfil foi observado para Brasil e todas as regiões, sendo que a Sudeste apresentou maior oscilação entre os níveis (Figura 2).

Ainda por escolaridade, a Figura 3 apresenta a proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais e que recebem visita de agente comunitário em saúde ou membro da equipe de saúde da família mensalmente. O maior valor foi observado na região Centro-Oeste (58,3%) e o menor na Sudeste (41,6%). A proporção observada para o menor nível de instrução foi maior que aquela do nível mais elevado, no Brasil e em todas as regiões.

As regiões Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram a menor proporção de domicílios cadastrados há um ano ou mais e que nunca receberam a visita de um ACS ou membro da equipe de saúde da família (10,8%). Por outro lado, a maior proporção foi vista na região Sudeste, com 23,8% (Figura 3).

Discussão

O estudo apontou que mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas unidades de saúde da família, sendo maior na área rural (quase dois terços da população) comparada com a urbana. A região Nordeste apresentou o maior percentual, seguida da Sul, o Sudeste teve a menor proporção. As Unidades da Federação

Tabela 1. Proporção e total de domicílios cadastrados e de pessoas moradoras nestes locais em unidade de saúde da família, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação –2013.

Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Domicílios cadastrados em unidade de saúde da família			Pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família		
	Total (%)		Total (número absoluto)	Total (%)		Total (número absoluto)
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%	Número absoluto	Proporção	Intervalo de confiança de 95%	Número absoluto
		LI - LS			LI - LS	
Brasil	53,4	52,1 - 54,6	34792	56,2	54,9 - 57,4	112537
Urbana	50,6	49,2 - 52,0	28431	53,3	52,0 - 54,7	91049
Rural	70,9	68,4 - 73,4	6361	72,3	69,8 - 74,7	21488
Norte	51,5	48,9 - 54,1	2360	53,5	50,8 - 56,2	8939
Rondônia	54,8	49,6 - 60,0	297	56,7	51,6 - 61,8	975
Acre	46,9	43,1 - 50,6	100	51,8	47,7 - 55,8	395
Amazonas	49,9	46,3 - 53,4	467	54,3	50,7 - 57,9	1990
Roraima	51,6	46,5 - 56,6	61	55,1	49,8 - 60,4	239
Pará	45,0	39,9 - 50,0	963	47,0	41,7 - 52,2	3723
Amapá	30,0	25,0 - 35,0	55	33,8	28,1 - 39,5	247
Tocantins	92,7	90,8 - 94,5	416	93,6	91,7 - 95,5	1370
Nordeste	64,7	63,2 - 66,3	11026	68,1	66,6 - 69,6	37886
Maranhão	63,8	58,7 - 69,0	1188	66,5	61,1 - 71,9	4490
Piauí	78,4	74,1 - 82,7	740	80,3	76,1 - 84,5	2554
Ceará	65,7	62,2 - 69,1	1764	67,6	63,9 - 71,3	5934
Rio Grande do Norte	63,4	59,6 - 67,2	646	64,7	60,8 - 68,6	2182
Paraíba	78,6	74,9 - 82,2	976	81,0	77,1 - 85,0	3153
Pernambuco	63,3	59,3 - 67,3	1813	66,8	62,8 - 70,9	6116
Alagoas	65,7	62,9 - 68,5	638	68,5	65,6 - 71,3	2255
Sergipe	69,3	65,5 - 73,0	475	72,8	68,9 - 76,6	1598
Bahia	58,5	54,9 - 62,1	2785	64,0	60,7 - 67,2	9604
Sudeste	46,0	43,6 - 48,3	13189	48,3	45,9 - 50,8	40798
Minas Gerais	70,7	66,1 - 75,3	4927	72,2	67,5 - 76,9	14857
Espírito Santo	54,8	49,5 - 60,0	705	57,3	51,7 - 62,9	2196
Rio de Janeiro	32,2	28,9 - 35,4	1907	35,1	31,6 - 38,6	5749
São Paulo	39,0	35,1 - 42,8	5650	41,2	37,3 - 45,2	17996
Sul	56,2	53,0 - 59,3	5578	58,4	55,2 - 61,7	16810
Paraná	55,0	49,8 - 60,2	1998	56,6	51,2 - 62,1	6221
Santa Catarina	74,0	67,5 - 80,5	1682	76,5	70,4 - 82,5	5068
Rio Grande do Sul	47,1	42,0 - 52,3	1899	49,5	44,2 - 54,9	5522
Centro-Oeste	53,2	51,0 - 55,5	2639	54,5	52,2 - 56,7	8104
Mato Grosso do Sul	73,6	70,1 - 77,1	613	76,6	72,9 - 80,3	1935
Mato Grosso	65,6	60,9 - 70,3	706	66,0	61,4 - 70,6	2069
Goiás	56,3	52,1 - 60,6	1207	57,5	53,3 - 61,7	3704
Distrito Federal	12,5	9,6 - 15,3	113	14,3	11,1 - 17,4	396

com maiores proporções de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família foram em Tocantins, acima de 90%, Paraíba e Piauí, acima de 80%, e a menor no Distrito Federal. Dentre as capitais, Brasília e Salvador apresentaram os menores percentuais, cerca de 15%, e Palmas tem a maior proporção, cerca de 90%. Os valores de cobertura da PNS fo-

ram semelhantes aos registros administrativos do DAB, apontando a consistência dos dados administrativos, quando comparados aos reportados pelos usuários. Destacamos ainda o crescimento na cobertura da ESF em mais de 10% no país.

A proposta da organização da Atenção Primária em saúde remonta ao Reino Unido na década de 20, quando ocorreu o lançamento do

Tabela 2. Comparação da proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, segundo PNAD 2008, PNS e dados do DAB/MS* 2013, para Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.

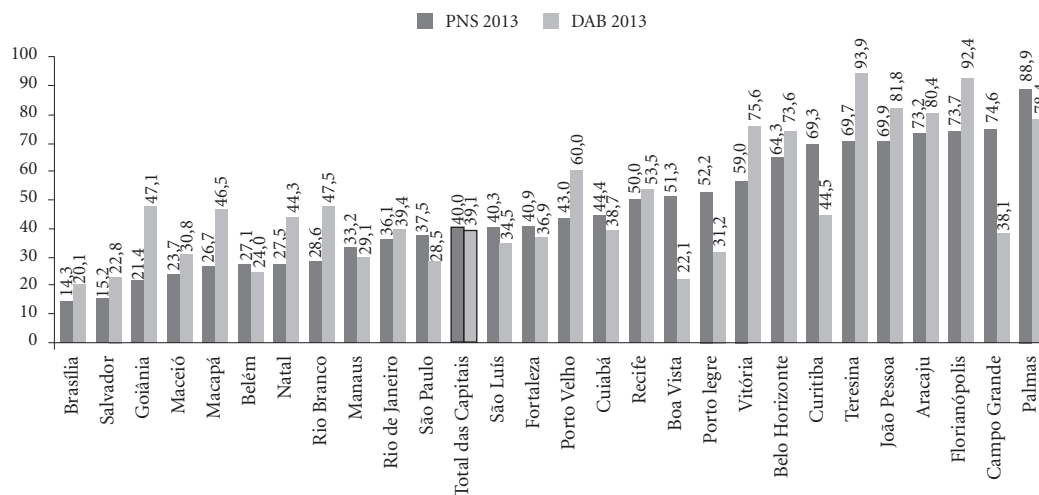
Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação	PNAD (2008)	PNS (2013)	DAB (2013)	Variação PNS em relação à PNAD	Variação PNS em relação à DAB
Brasil	50,9	56,2	56,4	10,3	-0,3
Norte	53,9	53,5	52,8	-0,8	1,4
Rondônia	48,0	56,7	61,2	18,1	-7,4
Acre	49,3	51,8	70,1	5,1	-26,1
Amazonas	56,4	54,3	48,7	-3,7	11,5
Roraima	48,1	55,1	44,3	14,6	24,3
Pará	50,7	47,0	44,8	-7,2	5,0
Amapá	19,4	33,8	58,6	74,6	-42,3
Tocantins	94,1	93,6	88,2	-0,5	6,1
Nordeste	67,7	68,1	75,8	0,5	-10,1
Maranhão	64,6	66,5	80,1	3,0	-16,9
Piauí	85,5	80,3	96,6	-6,1	-16,9
Ceará	62,1	67,6	73,5	8,9	-8,0
Rio Grande do Norte	61,6	64,7	81,0	5,0	-20,1
Paraíba	86,4	81,0	93,5	-6,2	-13,4
Pernambuco	75,7	66,8	72,1	-11,8	-7,3
Alagoas	64,7	68,5	74,1	5,9	-7,6
Sergipe	79,8	72,8	85,6	-8,7	-15,0
Bahia	59,2	64,0	65,7	8,1	-2,6
Sudeste	38,5	48,3	44,3	25,4	8,9
Minas Gerais	65,6	72,2	72,2	10,0	0,0
Espírito Santo	58,9	57,3	54,5	-2,7	5,1
Rio de Janeiro	19,2	35,1	44,9	82,7	-21,8
São Paulo	31,0	41,2	30,1	32,9	37,0
Sul	53,0	58,4	56,5	10,3	3,3
Paraná	54,6	56,6	60,3	3,7	-6,1
Santa Catarina	74,7	76,5	74,6	2,4	2,6
Rio Grande do Sul	39,2	49,5	42,1	26,2	17,6
Centro-Oeste	50,1	54,5	55,7	8,8	-2,2
Mato Grosso do Sul	75,5	76,6	64,1	1,5	19,4
Mato Grosso	55,6	66,0	63,0	18,6	4,8
Goiás	53,0	57,5	64,0	8,4	-10,1
Distrito Federal	12,7	14,3	20,1	12,3	-28,7

Relatório Dawson, que resultou na configuração do Sistema de Saúde Inglês, em especial na difusão dos centros de saúde, com a presença de médicos generalistas e equipe multiprofissional¹⁶. Nas últimas décadas, tem aumentado o número de países com investimento na Atenção primária⁴. No Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família experimentou grande expansão de cobertura a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios¹⁷. Dados do Suplemento Saúde da PNAD 2008 apontaram cerca de 27,5 milhões de domicílios cadastrados, ou 47,7%, que correspondiam a 50,9% da população brasileira, eram cobertos pelo Programa Saúde da Família na

época. Assim, o estudo atual apontou ampliação em 10,3% da cobertura nacional, o que coincide com os dados administrativos do Ministério da Saúde.

Estudos apontam que países orientados pelo modelo da Atenção Primária têm melhores indicadores de saúde, incluindo: saúde infantil (menores taxas de baixo peso ao nascer, menor mortalidade infantil); detecção precoce de cânceres tais como o cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma; menor mortalidade precoce devido a causas preveníveis; e maior expectativa de vida^{9,10}. Também no Brasil, estudos apontam maior redução da mortalidade infantil em municípios onde o PSF estava implantado¹¹, tornando-se impor-

1.1 Capitais e total de capitais



1.2 UF e Brasil

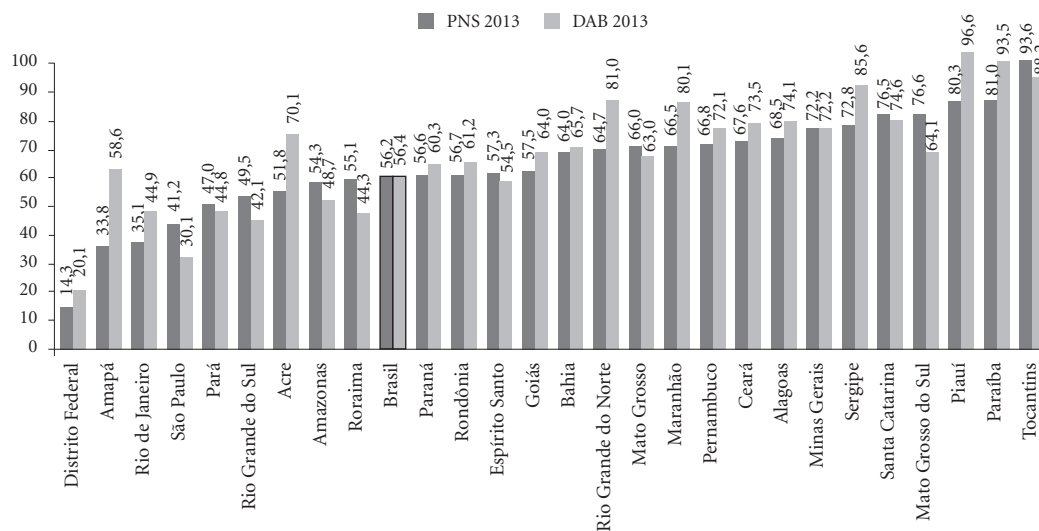


Figura 1. Comparação da proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, segundo PNS e dados do DAB/MS*, para capitais e total de capitais; e para UF e Brasil – 2013.

* Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, Dezembro de 2013.

tante ampliar a cobertura e o acesso da atenção primária no país e nos diversos Estados.

Autores têm ampliado a abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, buscando incorporar também aos resultados dos cuidados recebidos o da equidade¹⁸. O tema do acesso liga-se à aspectos como acolhimento, seguimento do tratamento no sistema, responsa-

bilização com a população adscrita, tanto em relação aos serviços que lhe são ofertados, como na atuação no território⁴. Mais recentemente, Krings et al.¹⁹ acrescentaram outras duas dimensões do acesso: a utilização dos serviços de atenção primária, ou o real consumo desses serviços, e a equidade no acesso, referente à adequação entre a provisão de serviços e as necessidades de saúde.

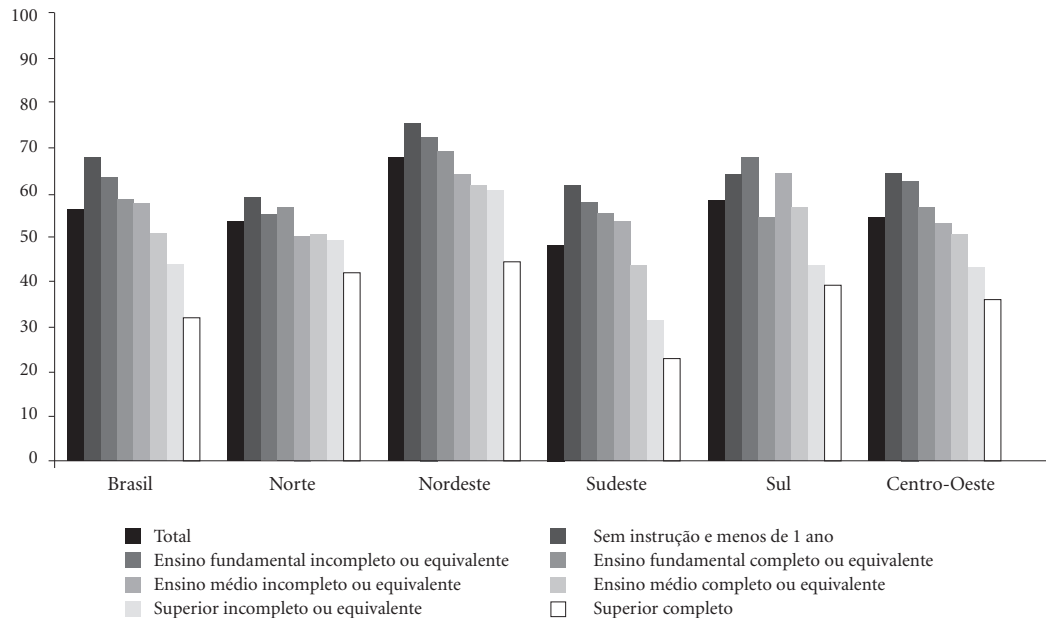


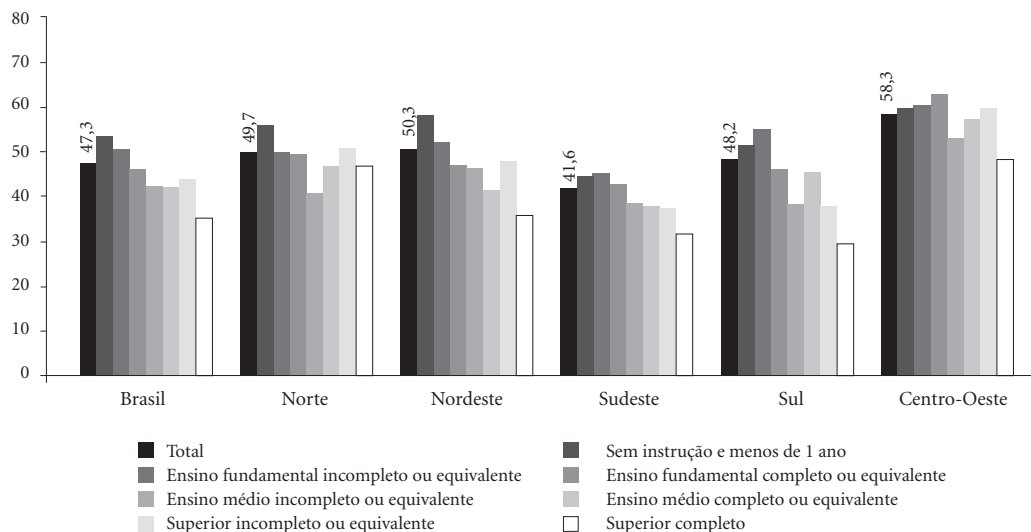
Figura 2. Proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família, por escolaridade, segundo Brasil e Grandes Regiões – 2013.

Ainda, a PNAD 2008 apontou que a cobertura era maior na região Nordeste e menor na Sudeste, diferença regional também observada na PNS. A maioria das UF apresentou aumento na cobertura populacional quando comparando com os dados de 2008¹⁴. Foram observados desde aumentos discretos de 1,5%, como em Mato Grosso do Sul, até expressivos de 74,6% e 82,7%, no Amapá e Rio de Janeiro, respectivamente. A cobertura nesses estados era de aproximadamente 19% em 2008, e dessa forma, apesar do aumento no período, a cobertura ainda é inferior a 40%, tanto no Amapá (33,8%) quanto no Rio de Janeiro (35,1%). O DF manteve coberturas baixas no período, sendo de 14,3% em 2013¹⁴.

Os dados da PNS para o Brasil são muito próximos aos informados pelo DAB em dezembro de 2013, cuja cobertura estimada era de cerca de 109 milhões de pessoas ou 56% da população, em 5346 municípios e 34.715 equipes. Considerando os Agentes Comunitários de Saúde, a cobertura sobe para 125,5 milhões, praticamente o mesmo identificado pela PNS¹². Tal comparação mostra a compatibilidade das informações, a magnitude e a capilaridade do programa no território nacional. Na análise por região, verifica-se a importância da elevada cobertura do Nordeste do país,

onde em alguns estados ultrapassam 90% como Piauí e Paraíba, e outros acima de 80% como Rio Grande do Norte, Sergipe e Maranhão. Entretanto, chama a atenção o fato de não ter tido crescimento entre 2008 e 2013 no Nordeste (-0,5%); pelo contrário, ocorreu um declínio em Estados como Pernambuco, Sergipe e Paraíba; bem como no Norte (-0,8%), puxado pelo declínio de Roraima. Destaca-se que, nestas regiões, a cobertura já é bastante elevada e torna-se desafiador ampliar e mantê-la elevada. Estudos de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) levantaram que as principais dificuldades relatadas pelos usuários na atenção básica situam-se na falta de médicos, falta de vagas e fichas¹. Outros estudos também destacam a alternância de profissionais médicos, a dificuldade de fixação destes, grande rotatividade, em especial em cidades do interior, no Norte e Nordeste do país, nas periferias das grandes cidades e em áreas de risco²⁰⁻²³. Assim, a redução em Estados que já apresentavam coberturas elevadas, pode ser justificada pela dificuldade na fixação de profissionais. A recente criação do Programa Mais Médicos, que fixou estes profissionais nas regiões distantes, em pequenos municípios e nas regiões de risco, foi posterior

3.1 Recebem visita mensalmente



3.2 Nunca receberam visita

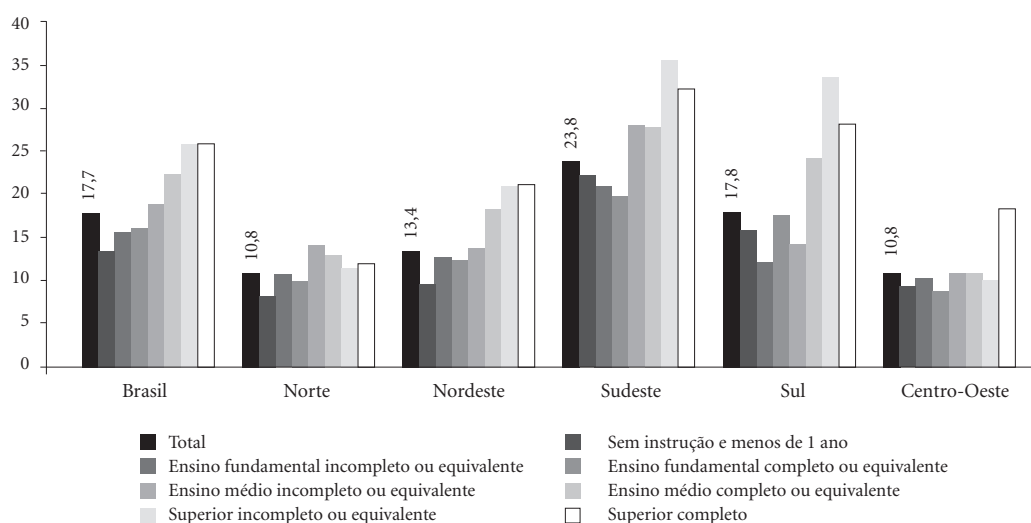


Figura 3. Proporção de domicílios cadastrados na unidade de saúde da família há um ano ou mais que recebem visita de agente comunitário em saúde (ACS) ou membro da equipe de saúde da família mensalmente; ou que nunca receberam visita; por escolaridade, segundo Brasil e Grandes Regiões –2013.

à PNS e, portanto, ainda não foi possível avaliar impacto na cobertura.

As grandes disparidades regionais nas coberturas por Unidades da Federação e entre as capitais têm sido atribuídas em estudos recentes à diversidade dos processos de gestão local entre os

municípios e os estados brasileiros. Mesmo com forte indução do Governo Federal, os processos organizacionais são muito variados e isto resulta em grandes diferenças na implantação local, inclusive afetando as coberturas locais, acesso aos serviços e respostas. Estas diferenças em parte

refletem as prioridades na implantação e organização e diferentes estágios de gestão e de priorização^{7,16,24,25}.

O estudo atual também apontou outra dimensão além da ampliação da cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, que foi a priorização de serviços, como visita domiciliares em famílias mais vulneráveis, visando à inclusão, e a redução da iniquidade em saúde. A PNAD 2008 apontou que, dentre os domicílios cadastrados, 31,0% tinham rendimento mensal domiciliar per capita entre ½ e 1 salário mínimo, e 54,0% até 2 salários mínimos, reduzindo esta proporção na medida que cresciam os rendimentos domiciliares per capita, chegando à 16,3% naqueles com rendimento acima de 5 salários mínimos. De maneira semelhante, a distribuição de escolaridade acompanhou a renda. Assim, em 2008, nos domicílios em que a pessoa de referência não tinha instrução ou tinha menos de um ano de estudo, 63,8% estavam cadastrados no Programa Saúde da Família. Já nos domicílios em que a pessoa de referência tinha 11 anos ou mais de estudo, esse percentual foi de 33,5%¹⁴.

Comportamento semelhante em relação à escolaridade, *proxy* de renda, foi encontrado na PNS em 2013. Assim, quanto menor a escolaridade, maior a população coberta pelo Programa Saúde da Família. A cobertura entre os domicílios cujo chefe tinha menos de 1 ano de escolaridade foi de cerca de 66,3%, com nível médio completo, ou equivalente a 12 anos de estudo, foi de 48,3% e com nível superior completo, 26,6%. Diferença significativa foi observada também entre as áreas urbana e rural, com proporção de cobertura de 50,6% e 70,9%, respectivamente. Estes dados apontam que a diretriz do SUS em buscar priorizar a cobertura para populações prioritárias (vulneráveis, baixa escolaridade, renda, outros) tem sido alcançada^{4,12,25}. Futuramente, com a disponibilidade dos dados de rendimentos, novas análises serão possíveis²⁶. A PNS aponta com estes dados a importância do Saúde da Família em promover a equidade no país, reduzindo vulnerabilidade, na medida em que garante o acesso às populações de risco, pobres e vulneráveis.

O indicador de visitas domiciliares também aponta que as visitas regulares e mensais dos ACS e outros membros da equipe de Saúde da Família são mais frequentes junto à população de baixa escolaridade, mostrando a priorização de populações mais vulneráveis. Da mesma forma, foi maior a frequência de quem nunca recebeu visita domiciliar entre a população de maior renda. Estudo do PMAQ encontrou que a frequência

de visitas domiciliares nas equipes de Saúde da Família no 1º ciclo foi de 70%. E as equipes estabelecem prioridades em relação às famílias que serão visitadas, em função da vulnerabilidade²⁷.

A atenção primária/básica constitui uma importante porta de entrada do SUS, sendo o contato inicial da população com o serviço de saúde, responsabilizando-se e respondendo pela maioria dos problemas ou necessidades nesse setor. Dentre seus princípios, destacam-se: a *Longitudinalidade*, ou a atenção e cuidado personalizado ao longo do tempo, contínuo, estabelecendo vínculo com o usuário; a *Integralidade*, ou a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, resolvendo mais de 85% das demandas ou problemas na área; a *Coordenação*, ou a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja a atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção⁴.

Estudos anteriores apontam evidências de que acesso a serviços de atenção primária contribuem não apenas na redução das taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde populacional^{4,28}. Portanto, o aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família é um importante promotor de equidade¹⁹ e o SUS tem cumprido a sua missão, efetivando a ESF como ordenadora do cuidado em saúde.

Penchansky e Thomas²⁹ destacam cinco dimensões para o acesso potencial aos serviços de saúde: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, capacidade de pagamento pelos serviços e aceitabilidade. Portanto, o aumento da cobertura e uma ampla distribuição geográfica das unidades básicas de saúde que adotam a ESF promovem o acesso da população usuária do Sistema Único de Saúde, aumentando a capacidade potencial de respostas às necessidades dos usuários.

Como limitações deste estudo, destaca-se que os entrevistados responderam sobre sua percepção de cobertura da equipe de saúde da família, além do morador informar por todos os demais residentes do domicílio (*proxy*). Dados referentes à cobertura e visitas domiciliares podem estar sujeitos a viés de informação do morador respondente. Além disto, a utilização de dados comparativos com a PNAD 2008 pode estar limitada na sua comparação em função da diferença no processo amostral das duas pesquisas, maior espalhamento da amostra da PNS e diferenças me-

todológicas. A comparação com dados administrativos pode estar sujeita a informação limitada dos Sistemas de Informação em Saúde.

Além disto, o tema aqui tratado refere-se à cobertura de serviços e não necessariamente à qualidade do cuidado. Segundo Donabedian³⁰, a estrutura é um elemento importante na qualidade do cuidado, mas ainda são importantes outras dimensões para assegurar a qualidade do cuidado prestado, como o processo de trabalho, os insumos, os fluxos, a acessibilidade, a equidade, dentre outros.

Em função destas evidências, o Ministério da Saúde tem investido na ampliação da cobertura das equipes de Saúde da Família, por entender a importância desta estratégia na melhoria da resposta à saúde. Além do fomento na ampliação da cobertura, outra ação fundamental do Ministério da Saúde foi a implantação em 2011 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem induzido e reforçado uma cultura de contratualização e avaliação na atenção básica, bem como tem coletado informações sobre estrutura e condições de funcionamento das UBS, acesso e qualidade da atenção³¹. Destacam-se ainda medidas como o aumento do Financiamento da Atenção Básica o Programa de Requalificação das UBS, o Pro-

grama Telessaúde Brasil Redes; os Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos²⁷.

Conclusão

O estudo apontou que mais da metade da população brasileira refere estar cadastrada nas unidades de saúde da família, sendo maior na área rural, além de ter havido crescimento na cobertura nos últimos cinco anos. A priorização de famílias de risco aponta, na estratégia, outra importante dimensão que é a redução de iniquidades.

Destacamos, ainda, que os valores de cobertura da PNS foram semelhantes aos registros administrativos do DAB, apontando a consistência dos dados administrativos e a oportunidade em usá-los em novas análises sobre a ESF.

São inúmeros os desafios na consolidação da Atenção Básica no país, e sem dúvida o aumento da cobertura é um passo fundamental, mas ainda são necessários outros relativos à melhoria da gestão, integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, qualidade da atenção, dentre outros, o que é essencial para a garantia do atendimento equânime e integral.

Colaboradores

DC Malta trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados e trabalhou na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada. MAS Santos e SR Stopa auxiliaram na revisão de literatura, análise dos dados e formatação do artigo. CL Szwarcwald, JEB Vieira, EA Melo e AA Chioro dos Reis contribuíram com a análise dos dados e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Referências

1. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate* 2014; 38(n. esp.):13-33.
2. Brasil. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2011.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Feo JJO, Campo JME, Camacho JG. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada? Reforma del sistema sanitario o reforma delejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria* 2006; 4(2):357-382.

6. Watson DE, Broemeling A-M, Reid RJ, Black C. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver: University of British Columbia; 2004.
7. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
8. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970- 1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
9. Starfield B. New Paradigms for Quality in Primary Care. *Br J Gen Pract* 2001; 51(465):303-309.
10. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, Wulu J. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(5):374-380.
11. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
13. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Azevedo LO, Silva GA, Theme Filha MM, Lopes CS, Romero DE, Almeida WS, Monteiro CA. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):333-342.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coberturas do Saúde da Família*. [acessado 2015 ago 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
16. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, organizador. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
17. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF, Marin J, Flauzino RE, Montenegro LAA. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):34-51.
18. Travassos C, Martins M. Acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S190-S198.
19. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Zee JVD, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10(1):65-78.
20. Fonseca AF, Mendonça MHM. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):343-357.
21. Cesar MC, Campos GWA, Montebelo MIL, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):296-306.
22. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):252-264.
23. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade no estado do Ceará. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):195-208.
24. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saude Publ* 2008; 24(1):79-90.
25. Medina MG, Hartz ZMA. O papel do Programa Saúde da Família na organização da atenção primária em sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publ* 2009; 25(5):1153-1167.
26. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli P JL. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate* 2014; 38(n. esp.):182-194.
27. Pinto HA, Sousa A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS* 2012; 6(Supl. 2):2012.
28. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszzyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, De-deu T, Wilm S. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010; 11(1):81.
29. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981; 19(2):127-140.
30. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)* [site da internet]. [acessado 2015 ago 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq

Artigo apresentado em 03/09/2015

Aprovado em 18/11/2015

Versão final apresentada em 20/11/2015