



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO

**ACESSO E EFETIVIDADE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IDSUS E
A PERSPECTIVA DOS GESTORES**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

**Botucatu
2018**

Jamile Gabriela Bronzato Bassetto

**ACESSO E EFETIVIDADE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IDSUS E
A PERSPECTIVA DOS GESTORES**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

**Botucatu
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Bassetto, Jamile Gabriela Bronzato.

Acesso e efetividade à atenção primária à saúde : o
IDSUS e a perspectiva dos gestores / Jamile Gabriela
Bronzato Bassetto. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo
Capes: 40600009

1. Serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Efetividade. 4. Saúde pública. 5. Indicadores de qualidade
em assistência à saúde. 6. Sistema Único de Saúde
(Brasil).

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; atenção
primária à saúde; efetividade; saúde coletiva; sistema
único de saúde.

JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO

**ACESSO E EFETIVIDADE À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IDSUS E
A PERSPECTIVA DOS GESTORES**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Assinatura: _____

Profa. Dr. José Fernando Casquel Monti

Assinatura: _____

Profa. Dra. Luciana Montes de Oliveira

Assinatura: _____

Botucatu, janeiro de 2018.

Dedico este trabalho a todos os usuários do SUS e a todos os colegas que lutam para a
melhora da saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu seguir por este caminho e a Nossa Senhora por sempre me guiar nos meus passos e aos meus amigos espirituais por me intuir.

Agradeço aos meus pais, Rosângela e Carlos, por se sacrificarem para que pudesse estudar e pelo apoio que me deram durante esta caminhada.

Agradeço ao meu namorado, Matheus, por me apoiar em todos os momentos e por entender minha ausência e meu stress durante este percurso.

Agradeço aos meus irmãos, Júnior e Mariana, simplesmente por eles estarem presentes na minha vida e me apoiarem, mesmo a 5000 km de distância.

Agradeço ao meu irmão Júnior e a minha cunhada Gethiely por me proporcionarem a maior felicidade nesses dois anos, meu sobrinho e afilhado Mateo.

Agradeço a minhas avós, Wanda e Nica, por todas as orações que fizeram por mim e aos meus tios pelo apoio durante os dois anos e aos meus avôs (*in memoriam*) Berto e Neco.

Agradeço aos meus amigos de turma, pelas risadas, aprendizados, sofrimentos e principalmente pelo espírito de equipe – Afinal, nossa turma é ÓTIMA!!!

Agradeço principalmente a minha orientadora, Regina Stella, por toda a paciência, amor e dedicação comigo durante esses dois anos, pelo aprendizado, puxões de orelha e pelo carinho que sempre teve comigo, mesmo quando eu chegava com os 9 macaquinhos conversando entre si.

Agradeço aos colegas gestores, e a minha eterna articuladora da AB, Fátima por contribuírem com este estudo de maneira especial.

A minha amiga Violeta, pela parceria e pelo auxílio neste trabalho.

À Capes pelo auxílio financeiro.

A todos, minha eterna gratidão.

“Pedi, e dar-vos-á; buscai, e achareis; batei e abrir-vos-á. Pois tudo o que pede, recebe; e quem busca, acha; e ao que bate, abrir-lhe-á. Ou qual dentre vós é o homem que, se seu filho lhe pedir pão, lhe dará uma pedra? Ou, se lhe pedir peixe, lhe dará uma serpente? Se vós, pois, sendo maus, sabeis dar boas dádivas a vossos filhos, quanto mais vosso Pai, que está nos céus, dará boas coisas aos que lhes pedirem? Portanto, tudo o que vós quereis que os homens vos façam, fazei-lo também vós a eles; porque esta é a lei e os profetas. ” (Matheus, 7: 7-12)

“Tudo na vida vem a mim com Facilidade, Alegria e GlóriaTM”

RESUMO

BASSETTO, J. G. B. **Acesso e efetividade à Atenção Primária à Saúde: o IDSUS na perspectiva dos gestores.** [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho, 2018.

Introdução: O Sistema Único de Saúde visa garantir o acesso aos serviços de forma integral, igualitária e com qualidade, promovendo a melhoria de vida dos indivíduos e sua coletividade. O acesso pode ser definido como o ato de chegar, ou entrar ou ser acessível. Na saúde, envolve a capacidade de produzir serviços úteis, aliados ao planejamento e organização do sistema, abarcando aspectos geográficos, econômicos, funcionais e socioculturais. A efetividade é um instrumento que mensura o desempenho dos serviços de saúde, avaliando o cumprimento dos objetivos, metas e ações programáticas. Juntos, garantem a qualidade e a resolubilidade dos problemas da população por ações provindas de uma intervenção nos campos da saúde. **Objetivo:** Conhecer o acesso e a efetividade da atenção primária à saúde na Região de Saúde do Pólo Cuesta – São Paulo por meio Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e compará-los com a visão dos gestores municipais. **Método:** Estudo qualitativo e analítico, cujos dados foram coletados por meio eletrônico do IDSUS e por entrevistas semi-estruturadas aos gestores municipais de saúde do ano de 2016. Os discursos foram analisados na vertente representacional temática, tendo como referencial teórico a Política Nacional de Atenção Básica e o Manual Instrutivo do IDSUS. **Resultados:** Participaram nove gestores com idade média de 50 anos, sendo 77,78% do sexo feminino. A região de saúde apresentou quatro subdivisões em grupos homogêneos, sendo a maioria alocados no grupo homogêneo 5. Na avaliação do acesso da Atenção Básica pelo IDSUS, seis municípios apresentaram notas iguais a 8 e +, e um município apresentou nota 4 a 4,9. Em relação à efetividade, dois municípios apresentaram notas de sete a 7,9. O *corpus* de análise revelou quatro categorias temáticas: 1) Conhecendo o acesso à Atenção Primária à Saúde; 2) A efetividade nos municípios na perspectiva dos gestores; 3) O IDSUS e o planejamento das ações; 4) Dificuldades do acesso na visão dos gestores. **Conclusão:** os gestores entendem o acesso à Atenção Primária à Saúde de maneira simplificada e superficial, não havendo reflexões acerca do que representa, de fato, esse índice. As barreiras em relação ao acesso organizacional são as deficiências quanto ao processo de trabalho, fragmentação das ações de saúde e uso do Pronto Atendimento como porta de entrada na atenção primária. A efetividade foi melhor entendida pelos gestores e considerada boa para a Região de Saúde.

Descritores: sistema único de saúde; acesso aos serviços de saúde; efetividade; atenção primária à saúde; saúde coletiva; indicador

ABSTRACT

BASSETTO, J. G. B. **Access and effectiveness of Primary Health Care in São Paulo municipalities: IDSUS from the perspective of managers.** [Dissertation]. Botucatu: Faculty of Medicine, State University of São Paulo – Julio de Mesquita Filho, 2018.

Introduction: The Unified Health System aims to guarantee access to services in an integral, egalitarian and quality way, promoting the improvement of the life of individuals and their community. Access can be defined as the act of arriving, or entering, or being accessible. Health involves the ability to produce useful services, allied to the planning and organization of the system, encompassing geographic, economic, functional and socio-cultural aspects. Effectiveness is an instrument that measures the performance of health services, evaluating the fulfillment of the objectives, goals and programmatic actions. Together, both guarantee the quality and the resolution of the population's problems with actions in the health field. **Objective:** To know the access and effectiveness of primary health care in the Health Region of Cuesta - São Paulo by using the Performance Index of the Unified Health System (IDSUS) and compare them with the vision of municipal managers. **Method:** Qualitative and analytical study whose data were collected by electronic means from IDSUS and by semi-structured interviews with the municipal health managers of the year 2016. The discourses were analyzed in the thematic representational section having as theoretical reference the National Policy of Basic Attention (PNAB) and the IDSUS Instructional Manual. **Results:** Nine managers participated, with a mean age of 50 years, 77.78% were female. The health region had four subdivisions in homogeneous groups, being the majority allocated to the homogeneous group 5. In the evaluation of access to Basic Care by IDSUS, six municipalities presented grades equal to 8 and +, and one municipality presented scores from four to 4.9. Regarding effectiveness, two municipalities presented grades from seven to 7.9. The analysis corpus revealed four thematic categories: 1) Knowing access in Primary Health Care; 2) Effectiveness in municipalities from the perspective of managers; 3) IDSUS and action planning; 4) Difficulties of access in the view of managers. **Conclusion:** managers understand the access in the Primary Health Care in a simplified and superficial way without reflecting on what this index represents. The barriers to organizational access are the shortcomings in the work process, the fragmentation of health actions and the use of the Emergency Department as a gateway to primary care. The managers understood effectiveness better, considered good for the Health Region.

Key words: unified health system, access to health services; effectiveness; primary health care; collective health; indicator.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Pesos para notas de estratificação dos municípios, Brasil, 2011	22
Quadro 2 –	Grupos homogêneos de acordo com os resultados dos índices, Brasil, 2011...	23
Quadro 3 –	Representação visual dos pesos da composição de indicadores que compõe o IDSUS, indicadores de efetividade, Brasil, 2011	23
Quadro 4 –	Representação visual dos pesos PCA da composição de indicadores que compõe o IDSUS, indicadores de acesso, Brasil, 2011	24
Quadro 5 –	Composição dos indicadores do IDSUS, Brasil, 2011	25
Quadro 6 –	Unidades de Saúde da RSPC, cadastradas no SCNES, Botucatu, SP, Brasil, 2016	28
Quadro 7 –	Equipes cadastradas da RS do Pólo Cuesta, cadastradas no SCNES, Botucatu, SP, Brasil, 2016	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos gestores da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017	33
Tabela 2 – Tempo de atuação dos gestores da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017	34
Tabela 3 – Características dos municípios por Grupo Homogêneo e população da RSPC, Botucatu, SP, 2017	35
Tabela 4 – Nota geral do IDSUS por município, Botucatu, SP, 2017	35
Tabela 5 – Notas do acesso e da efetividade e avaliação da AB do IDSUS por município da RSPC, Botucatu, SP, 2017	36
Tabela 6 – Notas e resultados dos indicadores simples de acesso potencial ou obtido e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017.	37
Tabela 7 – Notas e resultados de dois indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017	38
Tabela 8 – Notas e resultados de três indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017	38
Tabela 9 – Notas e resultados de dois indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil 2017	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CIR – Comissão Inter – Gestores

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DRS – Departamento Regional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ICS – Índice de Condições de Saúde

IDSE – Índice de Desempenho Sócio Econômico

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IESSM – Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município

ISAB – Internações por causas sensíveis à Atenção Básica

LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de informações de Cuidados em Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PCA – Análise de Componentes Principais

PMAQ – Programa de melhoria do acesso e da qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPS – Plano Plurianual de Saúde

RAS – Rede de Assistência à Saúde

RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde

RS – Região de Saúde

RSPC – Região de Saúde do Pólo Cuesta

SAGE – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIS – Sistema de Informações em Saúde

SISPACTO – Sistema de Pactuação

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose Pulmonar Bacilífera

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBST – Unidade Básica de Saúde Tradicional

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS	18
2.1 Método para construção dos indicadores	18
2.2 Método de classificação de homogeneidade dos municípios	21
2.3 Critérios para estratificação dos municípios em grupos homogêneos	21
2.4 Resultados da homogeneização dos municípios	22
2.5 Obtenção das Notas dos indicadores do IDSUS	23
2.6 Apresentação dos Resultados do IDSUS	25
3 OBJETIVO	26
4 MÉTODO	27
4.1 Tipo de Estudo.....	27
4.2 Cenário	27
4.3 Coleta e Análise dos dados	29
4.4 Resultados quantitativos.....	31
4.5 Referencial teórico para discussão dos dados qualitativos.....	31
4.6 Aspectos éticos	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Resultados Quantitativos.....	33
5.2 Resultados Qualitativos	40
6 DISCUSSÃO QUALI-QUANTITATIVA.....	43
7 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	63
APÊNDICES	83

APRESENTAÇÃO

Formada em fisioterapia no ano de 2006 e atuante no sistema público de saúde desde então, inicialmente no atendimento de crianças com deficiência, e posteriormente como gestora de saúde.

Desde que me formei, sempre quis fazer mestrado, continuar estudando e respondendo questões que, por vezes, não foram respondidas. Minha história profissional levou-me a novas experiências, sendo que este desejo não era a prioridade naquele momento. Continuei estudando mesmo informalmente, mas de forma a conhecer a prática que me era permitido realizar.

Em 2013, fui convidada a ser gestora de saúde no município de Pratânia, mais um desafio para quem sempre colocou a mão na massa e foi linha de frente dos atendimentos. Atuar nos bastidores e na gestão dos serviços e recursos era uma responsabilidade e tanto. A minha prática e o conhecimento adquirido nesses anos fizeram-me ter forças e querer enfrentar a nova realidade, que aceitei sem pensar.

Quando assumi a secretaria de saúde, eu apenas tinha conhecimento das leis que regiam o sistema de saúde. Não sabia onde se localizava Pratânia (cidade na qual iniciava meu trabalho), não conhecia as necessidades da população. Foi nesse contexto que comecei mais uma vez a estudar, iniciando com a revisão e atualização das leis, o conhecimento aprofundado sobre financiamento e a aproximação com a população e com os funcionários auxiliaram muito nesse período.

Nesse momento, entendi que poderia contribuir muito com minha prática e acima de tudo com minha vontade de querer mudar e melhorar. Iniciei, então, a busca pelos indicadores que me forneciam informações de como a “minha cidade” estava perante as bases nacionais e as comparações com os demais municípios, passei a fazer contatos e criar vínculos e redes para que juntos pudéssemos melhorar o atendimento àquela população tão frágil. A partir desse contexto e da necessidade de realizar o planejamento plurianual de saúde, eu, enfim, conheci meu objeto de estudo atual, o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS).

A primeira vez que o vi foi como uma criança que vê um doce bem gostoso na sua frente. Achei sensacional um indicador que analisava o acesso e a efetividade dos municípios perante aos dados que os próprios municípios informavam, a fim de desvendar o que aqueles dados poderiam mostrar para melhorar meu planejamento de saúde.

Bem, muitos me julgaram, me chamaram de perfeccionista, de tentar achar pelo em casca de ovo, mas não me abati e continuei a entender o que aquele indicador cheio de informações poderia me trazer.

Concomitante a isso, eu fazia a especialização em Gestão de Saúde, e quis iniciar minha pesquisa de monografia com esse índice e assim o fiz.

Esta pesquisa iniciou-se, então, a partir das fragilidades e dificuldades envoltas aos gestores de saúde iniciantes, que necessitam planejar e gerenciar ações de saúde, uma vez que nem todos são profissionais de saúde, e também, muitas vezes não conhecem a fundo a realidade do município.

Ressalto que o IDSUS é o único índice que analisa acesso e efetividade por meio de indicadores alimentados pelas próprias secretarias municipais de saúde, diferenciando, assim, do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que tem por objetivo principal a ampliação do acesso e a melhoria da Atenção Básica (AB).

1 INTRODUÇÃO

Por meio da Constituição Federal de 1988 e após uma longa trajetória de marcos contextuais, desde os primeiros relatos de atendimento à saúde, a revolta da vacina, a medicalização da saúde, a medicina liberal, o modelo clínico hegemônico, da hospitalização até a garantia do direito à saúde para toda população brasileira, e a estruturação do sistema público de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS), ocorreram grandes avanços referente ao acesso no atendimento à saúde.

Embora haja garantia da Lei ao acesso a saúde, existem, na prática, lacunas, que beneficiam o acesso seletivo, focado e exclusivo em vários serviços vinculados ao SUS. (CAMPOS, et al., 2014)

Segundo o IDSUS, acesso e efetividade podem ser definidos:

“Acesso: a sua efetivação, depende da oferta de ações e serviços de saúde organizados para permitir a superação de barreiras geográficas, financeiras, culturais que comprometem a atenção adequada aos usuários. De forma sintética, corresponde à capacidade do sistema de saúde em garantir o cuidado necessário em tempo oportuno e com recursos adequados. [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.8, 2011(a))

“Efetividade: é um dos eixos clássicos utilizados para mensurar desempenho dos serviços de saúde. [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.8, 2011(a))

Para a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017) acesso define-se:

“A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses organizados e para todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc.), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc.) e outros, para assegurar o acesso. (...)” (BRASIL, 2017)

A relação entre acesso e efetividade são complementares e sequenciais, assim, toda avaliação de acesso também avalia efetividade e vice-versa, de modo que o serviço efetivo precisa ser acessível e o serviço acessível precisa ser efetivo para que possamos obter um bom resultado aos cuidados à saúde da população.

Neste contexto, a PNAB coloca a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a melhora ao acesso no cuidado integral focado nas necessidades da

população, com intuito de superar os desafios e as profundas desigualdades nos atendimentos. (BRASIL, 2017)

A RAS caracteriza-se como arranjos organizacionais integrados por ações e serviços de saúde, formados por diversas configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e baseadas no território. (BRASIL, 2017)

Para isso, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada aberta do sistema, sendo ordenadora de fluxos e contrafluxos e coordenadora das ações e serviços disponibilizados pela rede. (BRASIL, 2017)

Estrutura-se a partir da oferta integral e gratuita a todas as pessoas, levando em consideração as necessidades dos indivíduos e as demandas do território, promovendo o acesso aos serviços e a efetividade dos atendimentos, com consequente melhoria da qualidade de vida e a diminuição dos riscos e agravos à saúde. (BRASIL, 2017)

A APS operacionaliza os princípios e diretrizes do SUS e das RAS, sendo seus princípios: universalidade; equidade; e integralidade, e as diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização; população adstrita; cuidado centrado na pessoa; resolubilidade; longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. (BRASIL, 2017)

Para que a APS seja a porta de entrada preferencial da RAS, ela necessita ter alta resolubilidade. Articula-se o cuidado com a capacidade clínica e com a utilização de tecnologias leves, interligando a APS com outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2017)

Com a reestruturação organizativa dos pontos de atenção do SUS, espera-se que ocorra a ampliação do cuidado e o aumento da resolubilidade das ações na APS. A organização do acesso proporciona o uso racional de recursos em saúde, impedindo os deslocamentos desnecessários dos usuários, proporcionando maior eficiência e equidade no gerenciamento das listas de esperas do sistema. (BRASIL, 2017)

Neste contexto, o estado de São Paulo (SP) conta com uma rede de atenção à saúde heterogênea, com diversos modelos organizativos e tem aproximadamente 30% das unidades de saúde regidas pela ESF. É formado por um número expressivo de Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBST) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizam dos princípios norteados da ESF. (SÃO PAULO – SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE, 2012)

A rede de saúde do estado estrutura-se a partir de outros arranjos organizacionais dependendo das realidades loco-regionais e é organizada como UBS tradicional com ou sem

equipes completas de ESF. Possuem especialidades médicas básicas (clínica médica, ginecologia e pediatria), com ou sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e Unidades de Saúde da Família (USF) com médico generalista e médicos de clínica básica. (SÃO PAULO – SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE, 2012)

A justificativa para esse estudo foi, a partir do conhecimento do acesso e da efetividade na APS pelos gestores, desvelar possíveis lacunas no processo de trabalho em saúde da Região de Saúde do Pólo Cuesta (RSPC) para que os resultados possam auxiliar na busca de novas estratégias para o aprimoramento da gestão e o planejamento de ações de saúde nesta região.

Diante deste cenário pergunta-se: Como os gestores da RSPC entendem o acesso e a efetividade na APS com base nos dados do IDSUS? Utilizam os índices para o planejamento da gestão?

2 ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS

O IDSUS foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o desempenho do Sistema de saúde público brasileiro devido à necessidade de mecanismos de avaliação de desempenho dos serviços de saúde.

O índice verifica o desempenho dos serviços de saúde do SUS com base nos princípios e diretrizes estabelecidos pela lei orgânica da saúde. Avalia os municípios, as regiões e os estados de forma homogênea dependendo das semelhanças socioeconômicas do perfil de mortalidade e da estrutura do sistema de saúde existente no território municipal. (MEDICE, 2012; OLIVEIRA, 2014)

O objetivo primário é analisar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção de modo a detectar as deficiências e promover aos gestores de saúde instrumentos que possibilitem a melhor gestão dos recursos financeiros, a melhoria do processo de trabalho e diminuição das falhas do sistema, garantindo, assim, os princípios do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2014; SILVA, 2014)

Conta ainda com indicadores que aferem o acesso podendo ser potencial ou obtido. O acesso potencial permite inferir a oferta potencial de atendimentos e o acesso obtido permite ser mensurado por meio de atendimentos realizados.

A efetividade pode ser entendida como o grau com que os serviços e ações atingem os resultados esperados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

O IDSUS não tem como proposta classificar o sistema de saúde brasileiro, mas, sim, detectar as falhas e possibilitar a melhoria nas ações de saúde. Assume notas que variam de 0 a 10 e formam-se a partir da junção das porcentagens obtidas de cada indicador e em cada nível de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SILVA, 2015).

2.1 Método para construção dos indicadores

O modelo avaliativo do IDSUS foi construído embasado na relação existente entre o acesso e a efetividade por meio da seleção de indicadores da matriz proposta na Metodologia de Avaliação do Sistema Saúde Brasileiro (PRO-ADESS). Tal proposta teórica e metodológica foi desenvolvida pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). (VIACAVA, et. al., 2004; OLIVEIRA, 2014)

Foram realizadas consultas públicas entre abril e junho de 2011, onde 130 contribuições de 52 participantes foram encaminhadas à comissão intergestores tripartite (CIT). Houve ainda contribuição das áreas técnicas do Ministério da Saúde, o Pacto pela Saúde, Indicadores Básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) e o PRO-ADESS e vários desses foram testados em relação a sua validade, viabilidade, confiabilidade e relevância. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MEDICE, 2012; SILVA, 2015)

Os indicadores do IDSUS foram extraídos das bases de dados dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), cujo preenchimento é realizado por técnicos municipais, onde se informam parâmetros de atendimento realizados na linha de base do atendimento à saúde, sendo eles: CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; SIA – Sistema de Informação Ambulatorial; Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; Si-PNI – Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização; SIH – Sistema de Informação Hospitalar; SIM – Sistema de Informação de Mortalidade; Sinasc – Sistema de Informação sobre Nascido Vivo; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2014; SILVA, 2015)

É formado por 24 indicadores, sendo 14 indicadores de acesso e 10 de efetividade (IDSUS, 2011):

1) Indicadores de acesso

a) Acesso potencial da AB

- 1- Cobertura Populacional estimada pelas equipes de AB
- 2- Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Saúde Bucal (SB)
- 3- Proporções de nascidos vivos com mães de 7 ou mais consultas de pré-natal

b) Acesso da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade

- 4- Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária
- 5- Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária
- 6- Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
- 7- Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente

c) *Acesso da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de alta complexidade, Referência da média e alta complexidade e Urgência e Emergência*

- 8- Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente
- 9- Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente
- 10- Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
- 11- Proporção de internações de média complexidade para não residentes
- 12- Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes
- 13- Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizadas para não residentes
- 14- Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizadas para não residentes

2) Indicadores de Efetividade

a) *Efetividade da AB*

- 1- Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)
- 2- Taxa de incidência de sífilis congênita
- 3- Proporção de Casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TCB)
- 4- Proporção de cura de casos novos de Hanseníase
- 5- Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano
- 6- Média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 7- Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

b) *Efetividade da Média e Alta Complexidade (MAC), Urgência e Emergência*

- 8- Proporção de parto Normal
- 9- Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos
- 10- Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio

Os valores de efetividade do IDSUS baseiam-se nas metas nacionais e internacionais, representam uma referência técnica, e não são definitivos, podendo mudar com novas análises. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SILVA, 2014; SILVA, 2015)

As pontuações e as notas do IDSUS atribuídas a cada município são pactuadas pelas três esferas de governo decorrentes do resultado obtido por eles em relação ao parâmetro de cada indicador.

Os parâmetros são estipulados pelas três esferas de governo por meio do sistema de pactuação (SISPACTO) realizado anualmente, apresentando valores mínimos que os municípios devem realizar para um tratamento adequado à população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

2.2 Método de classificação de homogeneidade dos municípios

É sabida a heterogenia da população brasileira e a diversidade continental. Partiu-se do pressuposto que as condições de saúde são influenciadas por fatores sociais e econômicos, os quais podem atuar de forma importante no desempenho dos resultados. Assim sendo, o IDSUS foi concebido respeitando as peculiaridades de cada município e estado formando grupos homogêneos em que se baseiam as semelhanças encontradas. (VIACAVA, et. al., 2004; MEDICE, 2012; OLIVEIRA, 2014)

Utilizou-se três índices para identificar e classificar os grupos de municípios, sendo eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011):

- 1) Índice de Desempenho Socioeconômico (IDSE)
- 2) Índice de Condições de Saúde (ICS)
- 3) Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)

2.3 Critérios para estratificação dos municípios em grupos homogêneos

Para a estratificação dos municípios em grupos homogêneos, partiu-se dos índices já citados. A cada índice, foi atribuído um peso na nota classificatória a fim de formar grupos com maior número de semelhanças, possibilitando que os municípios com menores índices sejam comparados aos municípios que apresentaram as mesmas deficiências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; OLIVEIRA, 2014; SILVA, 2014)

2.4 Resultados da homogeneização dos municípios

Após a análise estatística dos dados de homogeneidade dos municípios, encontraram-se seis grupos. O quadro 1 refere-se aos dados necessários para a classificação dos municípios e o quadro 2, aos grupos extraídos.

Quadro 1 – Pesos para notas de estratificação dos municípios, Brasil, 2011

ÍNDICES	INDICADORES	PARÂMETROS	PESOS PARA NOTAS PCA
Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE)	PIB Municipal <i>per capita</i>	$\geq$ R\$ 32 mil <i>per capita</i>	54,93%
	Proporção de famílias com Bolsa Família	0%	45,07%
Índice de Condições de Saúde (ICS)	Taxa de Mortalidade infantil	$\leq$ 8 óbitos por mil nascidos vivos	100%
Índice de estrutura do Sistema de Saúde dos Municípios (IESSM)	Proporção de médicos da AB e profissionais da Vigilância em Saúde	0,39%	12,24%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes	0,64%	12,31%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0,90%	9,29%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes	0,85%	11,08%
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	1,17%	9,80%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para residentes	0,37%	13,00%
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0,72%	11,47%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para residentes	0,94%	11,16%
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	1,14%	9,65%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, elaborada pelo autor, 2016.

Quadro 2 – Grupos homogêneos de acordo com os resultados dos índices, Brasil, 2011

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM	Quantidade de Municípios
6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC	2.183
5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	2.038
4	Baixo	Baixo	Pouca estrutura MAC	587
3	Médio	Médio	Pouca estrutura MAC	632
2	Alto	Médio	Média estrutura MAC	94
1	Alto	Médio	Média estrutura MAC	29

MAC – Média e Alta Complexidade

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Elaborada pelo autor, 2016.

2.5 Obtenção das Notas dos indicadores do IDSUS

Para a obtenção das notas dos municípios, os 24 indicadores foram classificados pelo grau de importância, ou seja, avaliados a partir dos parâmetros estabelecidos pelos protocolos nacionais e internacionais, de modo a estabelecer o quanto cada indicador iria contribuir na nota total. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) (Quadro 3 e 4)

Para alcançar nota final de acesso e efetividade do IDSUS, utilizou-se o critério descrito no quadro 5 de forma que cada componente apresentou um peso no valor total do resultado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Quadro 3 – Representação visual dos pesos da composição de indicadores que compõe o IDSUS, indicadores de efetividade, Brasil, 2011

			Pesos nas Notas (PCA)
Indicadores de Efetividade	a) Efetividade da Atenção Básica	1- Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB)	21,80%
		2- Taxa de incidência de sífilis congênita	
		3-Proporção de Casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TCB)	
		4- Proporção de cura de casos novos de Hanseníase	
		5- Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	
	b) Efetividade da Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência	6- Proporção de parto Normal	53,10%
		7- Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos	19,05%
		8- Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	6,05%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Elaborada pelo autor, 2016.

Quadro 4 – Representação visual dos pesos PCA da composição de indicadores que compõe o IDSUS, indicadores de acesso, Brasil, 2011

		Pesos nas Notas (PCA)	
Indicadores de acesso	a) Acesso potencial da AB	1- Cobertura Populacional estimada pelas equipes de AB	52,70%
		2 - Índice de Atenção à Saúde Bucal Cobertura Populacional Estimada pelas equipes de Saúde Bucal (SB) Média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	38,65%
		3- Proporções de nascidos vivos com mães de 7 ou mais consultas de pré-natal	8,65%
		b) Acesso da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade	4- Razão de exames de mamografia realizadas em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária
	5- Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária		21,75%
	6- Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente		18,74%
	7- Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente		15,86%
	c) Acesso da Atenção Ambulatorial e Hospitalar de alta complexidade, Referência da média e alta complexidade e Urgência e Emergência	8- Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	36,60%
		9- Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	29,10%
		10- Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	13,15%
		11- Proporção de internações de média complexidade para não residentes	5,80%
		12- Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	5,40%
		13- Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizadas para não residentes	5,20%
		14- Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizadas para não residentes	4,80%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Elaborada pelo autor, 2016.

Quadro 5 – Composição dos indicadores do IDSUS, Brasil, 2011

Acesso potencial ou obtido	Atenção Básica (A=Peso PCA 31,6%)	A+B+C	Índice de Acesso Potencial ou Obtido do SUS (Peso PCA 71,25%)	Nota geral do IDSUS
	Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade (B= Peso PCA 43,6%) Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade e Referência de Média e Alta Complexidade (C= Peso PCA 24,8%)			
Efetividade	Atenção Básica (D= Peso PCA 21,8%) Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência (E= Peso PCA 78,2%)	D+E	Índice de Efetividade do SUS (Peso PCA=28,75%)	

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Elaborada pelo autor, 2016.

2.6 Apresentação dos Resultados do IDSUS

Após análise dos 24 indicadores, o IDSUS foi apresentado pelas notas de cinco indicadores compostos (IDSUS, 2011):

- Índice de Acesso potencial ou obtido da AB
- Índice acesso obtido na Atenção Ambulatorial e Hospitalar de média complexidade
- Índice acesso obtido na atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência de MAC e urgência e emergência
- Índice de efetividade da AB
- Índice de efetividade da atenção de MAC e urgência e emergência

Por meio desses índices foi possível o cálculo do Índice de Acesso potencial ou obtido do SUS e o Índice de Efetividade do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

3 OBJETIVO

Conhecer o acesso e a efetividade na atenção primária à saúde da Região de Saúde do Pólo Cuesta – São Paulo por meio Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde e compará-los com a visão dos gestores municipais.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, analítico, realizado a partir de dados secundários do IDSUS e por meio de entrevistas semi-estruturadas aos gestores municipais de saúde do ano de 2016 da RSPC– Departamento Regional de Saúde (DRS) VI Bauru/ Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 9 – SP.

Estudos qualitativos permitem o aprofundamento e a compreensão dos resultados, trabalha com universo de significados, motivos, valores, aspirações, crenças e atitudes, permitindo o aprofundamento das relações, dos processos e fenômenos. (MINAYO, 2004)

A análise dos dados secundários possibilita ao pesquisador uma ampla cobertura populacional, diminuição de custos com a coleta de dados e uma maior facilidade para seguimento longitudinal. Como desvantagens, a falta de padronização na coleta de dados e a falta de informações podem ser importantes para análise de interesse. (COLI, 2010)

Entrevistas semi-estruturadas são quando o pesquisador convida o entrevistado a responder questões que apresentam como base um tema pré-determinado. Combina perguntas fechadas ou estruturadas e abertas e possibilita que o entrevistado sinta-se com liberdade para discorrer sobre o tema (MINAYO, 2004; HOLLOWAY e WHEELER, 2010)

A revisão integrativa da literatura foi realizada por meio da biblioteca virtual em saúde (BVS) no período de janeiro a abril de 2017, com os descritores: acesso aos serviços de saúde e atenção primária à saúde nos seguintes bancos de dados: Scientific Eletronic Library Online – Scielo, Centro Latino Americano e do Caribe de informações de Cuidados em Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem (Medline). (APÊNDICE A)

4.2 Cenário

A pesquisa foi conduzida no âmbito da RSPC, composta por 13 municípios. De acordo com o Mapa da Saúde do Polo Cuesta (2012), a região compreende uma área territorial de 6.394,44 km² e população de 138.154 homens e 141.172 mulheres no total de 279.329 habitantes com as seguintes características: 15% destes municípios possuem população menor que 5.000 habitantes, 46% entre 5.000 a 15.000 habitantes, 23% com população de 15.000 a 30.000 habitantes, 8% com população de 30.000 a 45.000 habitantes e

um com população acima de 100.000 habitantes. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SÃO PAULO, 2012)

Apresenta 61,53% dos municípios com pelo menos uma equipe de ESF implantada conforme dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (2016) (Quadro 06 e 07) e 26,07% da população são cadastrados na ESF. Conta com 34 médicos da AB por 100.000 habitantes e 1,75 consultas médias de AB por habitante. (www.saude.sp.gov.br)

Quadro 6 – Unidades de Saúde da RSPC, cadastradas no SCNES, Botucatu, SP, Brasil, 2016

Unidades de Saúde	Municípios													TOTAL
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	
ESF ¹	1	3	12			3		5			5		3	32
UBS ²	1		5	1				2	1	1		4		15
UM ³	1	1			1									3
PC ⁴			3											3
CS ⁵				1		1	1						1	4

¹Estratégia de Saúde da Família; ² Unidade Básica de Saúde; ³ Unidade Mista; ⁴ Policlínica; ⁵ Centro de Saúde

Fonte: SCNES, elaborada pelo autor, 2016.

Quadro 7 – Equipes cadastradas da RS do Pólo Cuesta, cadastradas no SCNES, Botucatu, SP, Brasil, 2016

Equipes de Saúde	Municípios													TOTAL
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	
ESFT ¹	2	2	2	0	0			1	0	0	5	0	1	13
ESFMM ²		1	10				1						1	13
EAB ³ SB ⁴							1							1
ESFTTrans ⁵						1								1
ESFT SB			4			2		6					1	13
EAB			2											2

¹ Estratégia de Saúde da Família Tradicional; ² Estratégia de Saúde da Família com Mais Médicos; ³ Equipe de Atenção Básica; ⁴ Saúde Bucal; ⁵ Estratégia de Saúde da Família Transitória;

Fonte: SCNES, elaborada pelo autor, 2016.

4.3 Coleta e Análise dos dados

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2016 e deu-se em dois momentos:

1) Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) – IDSUS, contido no endereço eletrônico <http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>, acesso público, referente ao ano de 2011, pois este é o dado mais recente. Foram coletados os dados referente a AB do IDSUS:

Dados compostos

- a) Avaliação de Acesso à AB;
- b) Avaliação da Efetividade da AB;
- c) Avaliação da AB;

Dados Simples

Acesso

- a) Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde
- b) Cobertura populacional estimadas pelas Equipes de Saúde Bucal
- c) Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

Efetividade

- d) Proporção de Internações por causas sensíveis da Atenção Básica – ISAB
- e) Taxa de incidência de sífilis Congênita (p/1000 nascidos)
- f) Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
- g) Proporção de cura de casos novos de hanseníase
- h) Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano
- i) Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada (nº residentes p/ 100 p/ mês)
- j) Proporção de exodontia em relação aos procedimentos

Os municípios foram denominados de M1, M2, M3 e assim sucessivamente para preservar a identidade dos mesmos.

2) Entrevistas semi-estruturadas:

Realizaram-se nove entrevistas semiestruturadas com gestores municipais de saúde nos meses de setembro a dezembro de 2016, sendo que quatro gestores não concordaram em participar. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e seu anonimato. (APÊNDICE B)

Foram convidados via telefônica para agendamento do local, data e hora da entrevista que melhor lhes conviesse. Os discursos foram gravados digitalmente e transcritos pela pesquisadora e serão eliminados após o término da pesquisa.

Antes das questões da entrevista, os dados secundários do IDSUS (ANEXO A) foram apresentados aos gestores, referente aos respectivos municípios.

A entrevista foi norteada por cinco questões: (APÊNDICE C)

- 1- O que você entende por acesso da AB?
- 2- Mediante os dados do IDSUS, você considera que esse índice retrata a realidade do seu município?
- 3- O que você entende por efetividade da AB?
- 4- Mediante os dados do IDSUS, você considera que esse índice retrata a realidade do seu município?
- 5- Conhecendo o IDSUS, você entende que este índice pode auxiliar os gestores no planejamento das ações da AB? Você os utiliza? Conte-me sobre isso

Os dados foram analisados na vertente representacional temática de Bardin (2011). A análise de conteúdo estrutura-se pelo conjunto de técnicas de análise de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetos de descrição das mensagens. A análise consiste em três etapas; 1) pré-análise, 2) exploração do material, e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. (BARDIN, 2011; SILVA et al, 2013)

A pré-análise corresponde à organização do material que foi analisado, deixando-o operacional, sistematizando as ideias iniciais, sendo formada por quatro processos; a) Leitura flutuante, onde o pesquisador toma posse do conhecimento do texto, estabelecendo os documentos das coletas de dados e os transcreve, b) escolha das unidades de registro, c) formulação de hipóteses e objetos formulando as hipóteses provisórias na qual o pesquisador se propõe a analisar e d) elaboração dos indicadores, por meio de recortes textuais nos documentos analisados, os temas que mais aparecem podem construir índices, se atentando a 4 critérios; 1) exaustividade, 2) representatividade, 3) homogeneidade e 4) pertinência. (BARDIN, 2011)

A exploração do material deu-se por meio da codificação, definição das categorias de análise e identificação das unidades de registro, possibilitando as interpretações e inferências, por meio da codificação, classificação e categorização.

A inferência e a interpretação dos dados ocorrem com a condensação e o destaque das informações que serão analisadas. É o momento de intuição, análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2011)

Os participantes da pesquisa foram identificados como G1, G2, G3 sucessivamente conforme andamento das entrevistas e de acordo com seus respectivos municípios, ou seja, o G1 refere ao M1, por exemplo.

4.4 Resultados quantitativos

Os dados foram obtidos por meio eletrônico, organizados em tabelas e descritos por meio de análise estatística descritiva.

4.5 Referencial teórico para discussão dos dados qualitativos

Foi utilizada como referencial teórico a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) - portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 e o Manual Instrutivo do IDSUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; BRASIL, 2017)

A PNAB instituiu a organização e a operacionalidade na APS no Brasil, norteando a estruturação das equipes e a funcionalidade de cada ente participativo, garantindo que as diretrizes do SUS sejam contempladas, com consequente melhoria do atendimento em saúde. (BRASIL, 2017).

Facilita os princípios do acesso e da efetividade e tem como diretrizes o fortalecimento da coordenação e da longitudinalidade do cuidado centrado na pessoa, a resolubilidade das ações, a ordenação da rede, a participação da comunidade e a delimitação da população adstrita. (BRASIL, 2017)

Reconhece diversos modelos de equipes, sendo elas: 1) equipe de Saúde da Família (eSF); 2) equipes de atenção básica (eAB); 3) equipes de saúde bucal (eSB); e 4) Núcleo ampliado de saúde da família e AB (Nasf-AB).

A reformulação da PNAB vem caracterizar o processo de trabalho na APS, constituído por:

- 1) Definição do território e territorialização;

- 2) Responsabilidade sanitária;
- 3) Porta de entrada preferencial do sistema;
- 4) Adscrição dos usuários e a criação de vínculos e responsabilização entre equipe e população;
- 5) Acesso;
- 6) Acolhimento;
- 7) Trabalho em equipe multiprofissional;
- 8) Resolubilidade;
- 9) Promoção da atenção integral;
- 10) Realização de ações de atenção domiciliar;
- 11) Programação e implementação das atividades de atenção à saúde;
- 12) Implementação da promoção à saúde;
- 13) Desenvolvimento de ações preventivas;
- 14) Desenvolvimento de ações educativas;
- 15) Desenvolvimento de ações intersetoriais;
- 16) Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão;
- 17) Participação do planejamento local;
- 18) Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- 19) Formação e educação permanente em saúde.

Além das modificações do processo organizativo, a nova política modifica o financiamento na APS, com a inclusão de recursos para os diversos modelos de equipes.

O IDSUS foi utilizado como referencial teórico já descrito nesse trabalho.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB – UNESP) - CAAE: 57670916.9.0000.5411 (ANEXO B). Cada entrevistado assinou o TCLE e recebeu orientação sobre os objetivos do estudo e anonimato. (APÊNDICE B)

Foi apresentado na Comissão Intergestores Regional (CIR) Pólo Cuesta, por se tratar de um trabalho e interesse desta RS, e para autorização da utilização dos dados secundários descritos nesta pesquisa (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 Resultados Quantitativos

Dos trezes gestores municipais atuantes da RSPC, nove aceitaram participar da pesquisa e quatro se recusaram devido à proximidade do término da gestão. A idade média foi de 50 anos, sendo 77,78% do sexo feminino, 22,22% possuem pós-graduação, 55,56% ensino superior completo, 11,11% ensino superior incompleto e 11,11% ensino médio completo. Em relação à profissão, 44,44% dos gestores eram da área da saúde.

Tabela 1 – Perfil dos gestores da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017

Gestor	Idade	Sexo	Profissão	Escolaridade
G1	48	Fem.	Professora de história	Superior completo
G2	58	Fem.	Assistente social	Superior completo
G3	51	Fem.	Pedagoga	Pós-graduação
G4	46	Masc.	Administrador	Superior completo
G5	59	Fem.	Assistente social	Superior completo
G6	48	Fem.	Fisioterapeuta	Superior completo
G7	37	Fem.	Funcionário Público	Superior incompleto
G8	59	Fem.	Enfermeira	Pós-graduação
G9	44	Masc.	Não consta	Segundo grau completo

Fem. = feminino; *Masc.* = Masculino

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Em relação ao tempo de gestão (2012-2016), a média de permanência dos gestores foi de 28,22 meses, sendo que cinco apresentavam mais de 20 meses contínuos como gestor e cinco já haviam sido gestores em outras ocasiões.

Tabela 2 – Tempo de atuação dos gestores da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017

Gestor	Tempo total de atuação como gestor (meses)	Tempo como gestor na gestão 2013 – 2016 (meses)
G1	120	120
G2	120	3
G3	90	3
G4	24	24
G5	116	20
G6	43	43
G7	6	6
G8	180	29
G9	6	6

Fonte: Elaborada pelo autor, 2017.

Os resultados obtidos a partir do IDSUS estão em tabelas extraídas da SAGE referente ao ano de 2011 (último disponível). As mesmas foram apresentadas aos gestores no momento da entrevista. (ANEXO A)

A RSPC apresentou quatro subdivisões em grupos homogêneos, sendo que a maioria é pertencente ao grupo homogêneo 5 (66,67 %). (Tabela 03)

Os municípios do grupo homogêneo 5 apresentam características populacionais e de saúde semelhantes. Conta com APS, índice de desenvolvimento socioeconômico e índice de condições de saúde médio e sem estrutura MAC, sendo estes o maior perfil desta região. Observa-se que esse grupo apresenta municípios de pequeno porte populacional, sendo que apenas dois apresentam população maior que 10.000 habitantes.

O M3, pertencente ao grupo homogêneo 2, apresenta índice socioeconômico alto e melhor estrutura com base na classificação do índice, sendo o maior porte populacional da região. Conta com média estrutura de MAC e atua como referência para os 12 municípios da região.

O segundo município maior no quesito populacional está classificado no grupo 3, com pouca estrutura MAC e APS. Atua como referência para dois municípios do grupo homogêneo 5 (M2 E M7). O município de menor porte populacional está classificado no grupo homogêneo 6, com índice socioeconômico baixo, índice de condição de saúde baixo e sem estrutura MAC.

A partir desses dados, pode-se inferir que a região de saúde encontra-se com pontos de APS, e locais centralizados para o atendimento de MAC contidos na rede.

Tabela 3 – Características dos municípios por Grupo Homogêneo e população da RSPC, Botucatu, SP, 2017

Município	Grupo Homogêneo	IDSE ¹	ICS ²	IESSM ³	População (Censo 2010)
M3	2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC ⁴	127.328
M8	3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC	38.342
M1	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	5.653
M2	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	10.579
M4	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	18.052
M5	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	5.582
M6	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	8.326
M7	5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC	4.599
M9	6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC	2.254

¹ Índice de Desenvolvimento Socioeconômico; ² Índice de Condições de Saúde; ³ Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município; ⁴ Média e Alta Complexidade

Fonte: IDSUS, 2011 e Censo, 2010. Elaborada pelo autor, 2017.

A nota geral do IDSUS refere-se à somatória das notas de acesso e efetividade da AB e da MAC, obtida pelo cálculo já descrito no Quadro 5.

Em relação à nota geral do IDSUS, 55,56% dos municípios apresentaram nota 6 a 6,9 em diferentes grupos homogêneos, propostos pelo índice. Os municípios (44,44%) que apresentaram notas 7 a 7,9 pertencem ao grupo 5 e estão acima das notas obtidas pelo estado de SP (5 a 5,9) e pela união (5 a 5,9). (Tabela 04)

Tabela 4 – Nota geral do IDSUS por município, Botucatu, SP, 2017

UF	Município	Grupo Homogêneo	Nota geral do IDSUS
SP	M3	2	6 a 6,9
SP	M8	3	6 a 6,9
SP	M1	5	7 a 7,9
SP	M2	5	7 a 7,9
SP	M4	5	6 a 6,9
SP	M5	5	7 a 7,9
SP	M6	5	6 a 6,9
SP	M7	5	7 a 7,9
SP	M9	6	6 a 6,9

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborada pelo autor, 2017.

Na avaliação do acesso da AB, seis municípios apresentaram notas 8 e +, sendo consideradas satisfatórias. Um município apresentou baixo índice de acesso da AB, com nota 4 a 4,9 (M3).

Em relação à efetividade da AB, dois municípios (M8 e M9) apresentaram notas regulares de 7 a 7,9. O M3 apresentou a menor nota do acesso, porém, obteve nota satisfatória no quesito efetividade (8 e +).

Na nota geral da avaliação da AB, seis municípios (66,67%) apresentaram nota 8 e +, 22,22% notas 6 a 6,9 e 11,11% apresentaram nota 5 a 5,9. (Tabela 05)

Tabela 5 – Notas do acesso e da efetividade e avaliação da AB do IDSUS por município da RSPC, Botucatu, SP, 2017

Município	Grupo Homogêneo	Notas de acesso da AB	Notas de efetividade da AB	Avaliação da AB
M3	2	4 a 4,9	8 e +	5 a 5,9
M8	3	6 a 6,9	7 a 7,9	6 a 6,9
M1	5	8 e +	8 e +	8 e +
M2	5	8 e +	8 e +	8 e +
M4	5	6 a 6,9	8 e +	6 a 6,9
M5	5	8 e +	8 e +	8 e +
M6	5	8 e +	8 e +	8 e +
M7	5	8 e +	8 e +	8 e +
M9	6	8 e +	7 a 7,9	8 e +

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborada pelo autor, 2017.

O índice do acesso da AB é a somatória de três indicadores simples. Nota-se que o indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde, três municípios (M1, M5 e M6) atingiram o parâmetro estipulado, os demais (sete municípios), ficaram abaixo do parâmetro.

Os municípios M3, M4 e M7 apresentam valores abaixo de 40% em relação ao parâmetro (100%), o que indica uma baixa cobertura de acesso da AB das equipes.

Em relação ao indicador cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal, três municípios (M3, M2 e M4) apresentaram valores abaixo do padronizado, sendo que a maioria (sete) apresentou valores satisfatórios, inferindo que a cobertura de saúde bucal é boa na RS.

No terceiro indicador, proporção de nascidos vivos de mãe com sete ou mais consultas de pré-natal, notamos que nenhum município atingiu o preconizado (90%). O

município M3 é o que mais se aproxima do valor preconizado (84,32%), mostrando que a atenção à saúde materna é insatisfatória na região se comparada aos valores padronizados.

Tabela 6 – Notas e resultados dos indicadores simples de acesso potencial ou obtido e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Indicadores Municípios	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde			Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal			Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré- natal			Grupo Homogêneo
	N	R	P	N	R	P	N	R	P	
M3	3,37	33,71%		5,34	26,69%		9,37	84,32%		2
M8	4,63	46,26%		10	62,46%		7,61	68,46%		3
M1	10	159,57%		10	63,74%		8,57	77,09%		5
M2	9,3	92,97%		6,62	33,08%		8,91	80,22%		5
M4	3,59	35,91%	100%	6,63	33,17%	50%	8,93	80,34%	90%	5
M5	10	104,40%		10	72%		7,56	68,07%		5
M6	10	106,14%		10	89,57%		8,57	77,11%		5
M7	3,56	35,61%		10	72,48%		8,82	79,41%		5
M9	6,15	61,48%		10	58,71%		8,96	80,60%		6

N=Nota; R=Resultado; P=Parâmetro estabelecido pelo índice

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborado pelo autor, 2017.

Na análise dos dados simples do índice de efetividade, notou-se que oito municípios não preenchem de forma adequada os dados enviados aos sistemas de informações do MS, pois alguns indicadores não tinham nota por município.

Os dados do indicador proporção de ISAB mostram que apenas dois municípios (M8 e M9) não atingem o parâmetro que deve ser menor que 28%. Esse parâmetro foi pactuado pelas três esferas de governo por meio do SISPACTO.

O segundo indicador refere-se à taxa de incidência de sífilis congênita e mostra que, dos municípios que informaram os dados (cinco municípios), nenhum atingiu o parâmetro preconizado que é de até uma contaminação para mil nascidos vivos.

Tabela 7 – Notas e resultados de dois indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017

Indicadores Municípios	Proporção de Internações por causas sensíveis da Atenção Básica - ISAB			Taxa de incidência de sífilis Congênita (p/1000 nascidos)			Grupo Homogêneo
	N	R	P	N	R	P	
M3	10	23,52%	28%	7,69	1,3	1 p/ mil nascidos ano	2
M8	9,71	29,45%		0	0,0		3
M1	10	23,19%		4,93	2,03		5
M2	10	25%		0	0,00		5
M4	10	24,67%		6,79	1,47		5
M5	10	24,04%		4,97	2,01		5
M6	10	24,61%		0	0,00		5
M7	10	26,52%		4,86	2,06		5
M9	9,81	29,14%		0	0,00		6

N=Nota; R=Resultado; P=Parâmetro estabelecido pelo índice

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborado pelo autor, 2017.

Em relação ao indicador cura de casos novos de TB, nota-se que 44,44% dos municípios não informaram os dados. Dos que informaram, 30% estão adequados conforme o parâmetro de 85% de cura. O indicador de cura de casos novos de hanseníase demonstra que 66,67% dos municípios atingiram o parâmetro de 90%.

Tabela 8 – Notas e resultados de três indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil, 2017

Indicadores Municípios	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera			Proporção de cura de casos novos de hanseníase			Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano			Grupo Homogêneo
	N	R	P	N	R	P	N	R	P	
M3	9,8	83,33%	85%	9,44	85%	90%	7,92	87,71%	95%	2
M8	9,24	78,57%		5,56	50%		9,56	93,47%		3
M1	10	100%		10	100%		10	121,92%		5
M2	0	0%		10	100%		10	122,54%		5
M4	0	0%		10	100%		10	106,59%		5
M5	0	0%		10	100%		10	164,29%		5
M6	10	100%		0	0%		9,14	92%		5
M7	0	0%		10	100%		10	115,28%		5
M9	10	100%		10	100%		10	125%		6

N=Nota; R=Resultado; P=Parâmetro estabelecido pelo índice

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborado pelo autor, 2017.

A cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano demonstra que 66,7% dos municípios apresentavam-se adequados conforme o parâmetro. Porém, nota-se que os demais municípios (M3, M8 e M6) apresentaram resultados acima de 85%, indicando que estão próximos do preconizado, que é de 95% das crianças vacinadas com menos de um ano.

Tabela 9 – Notas e resultados de dois indicadores simples de efetividade e seus parâmetros da RSPC, Botucatu, SP, Brasil 2017

Indicadores Municípios	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada (n° residentes p/ 100 p/ mês)			Proporção de exodontia em relação aos procedimentos			Grupo Homogêneo
	N	R	P	N	R	P	
M3	0,97	0,77	8 habitantes/ 100 habitantes ano	10	4,82%	8%	2
M8	0	0		10	6,31%		3
M1	0	0		4,34	18,44%		5
M2	0,01	0,01		10	2,06%		5
M4	2,18	1,75		3,88	20,63%		5
M5	0	0		3,02	26,49%		5
M6	10	16,24		9,59	8,34%		5
M7	5,78	4,62		10	1,07%		5
M9	0	0		0	0		6

N=Nota; R=Resultado; P=Parâmetro estabelecido pelo índice

Fonte: IDSUS, 2011. Elaborado pelo autor, 2017.

Os indicadores de efetividade da saúde bucal não apresentaram resultados satisfatórios. O indicador média de ação coletiva de escovação dental supervisionada só se encontra realizado acima do parâmetro pelo município M6. Dos demais, 44,44% não apresentaram dados e 44,44% estão insatisfatórios, ou seja, abaixo do parâmetro.

Em relação à proporção de exodontia, quatro municípios (M3, M8, M2, M7) apresentaram-se de acordo com o preconizado, ou seja, abaixo de 8% de exodontia em relação ao total de procedimentos dentários, 11,11% não informaram dados e 44,44% não estão de acordo.

5.2 Resultados Qualitativos

O *corpus* de análise revelou quatro categorias temáticas: 1) Conhecendo o acesso à APS; 2) A efetividade nos municípios na perspectiva dos gestores; 3) O IDSUS e o planejamento das ações; 4) Dificuldades do acesso na visão dos gestores.

Conhecendo o acesso à APS

Retrata o entendimento da gestão referente ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para os participantes, o acesso é entendido como a possibilidade do paciente conseguir chegar até a unidade de saúde, ser atendido e acolhido em sua necessidade. Relatam a APS como a porta de entrada do sistema de saúde e a ausculta qualificada como característica do serviço primário.

É onde as pessoas tem um acesso ao posto de saúde na atenção básica no recebimento do munícipe ao posto. (G4.7)

[...] eu acho que o acesso da atenção básica é dar condições para que o paciente chegue até a unidade até onde ele precisa de atendimento e ele tenha [...] (G5.9)

[...] acho que é a garantia que o cidadão tem quando ele procura o serviço de saúde, em ser atendido [...] (G1.1)

[...] eles têm uma garantia do acesso ao atendimento da atenção básica. (G6.10)

[...], o acesso é você ser ouvido na atenção básica, qualquer profissional pode ouvi-lo e aí te direcionar, seja para uma consulta de médico, de enfermagem, para um exame, para um uma vacina [...] (G3.4)

[...] eu acho que acesso é a porta de entrada da atenção básica, acho que pra mim é basicamente isso. (G3.4)

Você percebe que esse acesso está fraco, está ruim [...] (G3.6)

A efetividade dos municípios na perspectiva dos gestores

Os participantes entendem a efetividade como sendo todo o percurso do paciente desde o primeiro contato com APS até a conclusão do atendimento considerando o acesso garantido. Relatam a constância como a característica principal e entendem que a efetividade avalia o desempenho ofertado pelos atendimentos de saúde, sendo que o serviço faz-se eficiente quando o problema do usuário faz-se resolvido.

[...] efetividade é aquilo que você consegue realmente avaliar no seu desempenho mediante os seus serviços que você oferta dentro da atenção básica [...] (G5.9)

A constância, porque as vezes, tem serviço que você tem hoje, mas você não tem amanhã. (G2.3)

Efetividade eu entendo aquilo que você tem e consegue manter sempre, não é isso? (G2.3)

A efetividade na atenção básica para mim, é o paciente ser assistido como um todo, considerando desde a saúde dele, não só a doença, [...] (G3.5)

É a garantia dele estar fazendo todo o tratamento, depois que a gente consegue encaminhar eles. (G1.2)

[...] ela é eficiente porque você resolve problema. (G7.12)

Efetividade é a resolutividade do problema [...] (G8.14)

Então, os dados do IDSUS como está mostrando aqui com a pontuação de 8+, refere exatamente que, a partir do momento em que ele tem o acesso a efetividade acontece, [...] (G6.11)

O IDSUS e o planejamento das ações

Refere-se à utilização do índice pelos gestores e sua aplicabilidade no planejamento das ações de saúde atuais e futuras para melhorar a prestação de serviços de saúde.

Sim, a gente tem utilizado o índice. (G9.17)

O IDSUS não foi utilizado até o momento, mas agora, dá para começar a utilizar, porque a gente trabalha mais com os indicadores do SISPACTO. (G8.15)

Eu acho que o IDSUS auxilia no planejamento das ações da AB [...], eu realmente não trabalhei assim exatamente com ele, mas trabalho muito com os indicadores. (G3.6)

[...], mas eu, na realidade, eu entrei no nosso sistema para ver isso aqui uma vez, então assim para o próximo gestor vai ajudar bastante no plano municipal de saúde. (G1.2)

Eu acho que ajuda a avaliar sim, os nossos programas e redirecionar algumas coisas que não que estão aquém da nossa meta. (G7.13)

[...] eu acho que o índice é um dado supervalioso, se é tido como referência pra um plano de trabalho, pra um plano de saúde, pra um plano de atenção básica do município. (G6.11)

Ajuda, ajuda bastante, porque aí você tem como avaliar se as ações que você está planejando, se elas estão realmente atingindo o objetivo, porque as vezes você acha que você está fazendo e na realidade pode estar diferente, então eu acho que ele ajuda muito. (G5.10)

Sim, o IDSUS pode sim auxiliar os gestores no planejamento das ações da AB, [...] (G1.2)

[...], mas o índice tem nos ajudado bastante porque é o que norteia a gente para termos boa efetividade. (G9.17)

[...] acho q esses índices é o que garante que a gente consegue dar todo o acesso para eles e a gente consegue sim, [...] (G1.2)

Dificuldades do acesso na visão dos gestores

Aponta as dificuldades encontradas pelos gestores em ofertar o acesso aos usuários em relação aos atendimentos da atenção básica e média complexidade em municípios de pequeno e médio porte. Os participantes colocaram que, após a implantação de novas equipes de ESF e após a implantação do Programa Mais Médicos, houve melhora nas dificuldades do acesso.

[...] está muito difícil hoje em dia, principalmente, agora nesses últimos dois anos. [...] a gente como gestor sofre muito porque você vê a dificuldade do paciente, o paciente ali na nossa porta, é a maior dificuldade para o gestor [...] (G1.1)

[...] era mais difícil o acesso, atualmente foram implantadas várias equipes de PSF, aumentou mais uma unidade básica de saúde, que nós tínhamos duas agora nós temos três, então eu acredito que tenha melhorado (G8.14)

Era mais difícil. Eu acredito que hoje seja um pouco maior do que está no papel porque muitas coisas mudaram [...] (G4.8)

Em 2012 por exemplo nós ficamos muito tempo sem médico no PSF, e era muito complicado, depois que veio o Programa do Mais Médicos solucionou a falta de médico, que ajudou. (G2.3)

Então... para inserir um paciente para fazer um tratamento fora do município, no nosso caso, na referência, a gente pena bastante, [...] (G1.1)

[...] como a gente não tem uma média e alta complexidade, temos que encaminhar os pacientes, na verdade precisamos resolver o máximo possível aqui dentro do posto de saúde, porque se não a gente não consegue vaga para eles, então assim, quanto mais a gente resolver aqui dentro é melhor para todo mundo. (G7.13)

Então quando você fala de atenção básica e acesso a gente percebe alguns prontos socorros lotados, porque a população acha mais fácil, por isso eu acho que o acesso às vezes fica comprometido, [...] (G3.6)

6 DISCUSSÃO QUALI-QUANTITATIVA

O SUS visa a garantir o acesso aos serviços de forma integral, igualitária e com qualidade, promovendo a melhoria de vida dos indivíduos e sua coletividade. O acesso universal - garantia constitucional - é o foco principal de análise das relações usuários e serviços de saúde. (JESUS e ASSIS, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

O acesso pode ser definido como o ato de chegar, ou entrar, ou ser acessível. Na saúde, envolve a capacidade de produzir serviços úteis, aliados ao planejamento e organização do sistema, abarcando aspectos geográficos, econômicos, funcionais e socioculturais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; TESSER e NORMAN, 2014; CAMPOS et al. 2014; BRASIL, 2017)

Nesse contexto do SUS, o acesso sobressai para além da porta de entrada do sistema, identificando-se como potencial transformador da realidade. Pode-se considerar que o acesso é um elemento desencadeador de diversos acontecimentos que podem interferir positivamente ou negativamente no processo final do atendimento às necessidades dos indivíduos e as funcionalidades dos serviços. (JESUS e ASSIS, 2010)

Atualmente, a falta de acesso aos serviços no Brasil apresenta-se como um dos principais obstáculos da assistência à saúde, estando relacionado tanto para características no atendimento, acolhimento e processo de trabalho, quanto para a organização geográfica e o baixo financiamento do sistema. (MENDES et al., 2012)

Nesse cenário, o baixo investimento reflete-se no processo de trabalho e na organização dos serviços e compromete a cobertura do sistema de saúde. Dessa forma, dificulta o acesso universal proposto pela Lei Orgânica da Saúde. Para tanto, fazem-se necessários maiores investimentos e melhor gerenciamento dos recursos disponibilizados, desconstruindo a imagem de que o SUS é para os pobres e gratuito à população, pois provém dos impostos cobrados pelo estado, federação e municípios. (BRASIL, 1990)

Para que o acesso aos serviços de saúde seja garantido, os gestores trabalham para organizar o sistema e enfocam a atenção primária à saúde como prioritário, conforme preconizado pela PNAB. (BRASIL, 2017)

O acesso à APS foi entendido pelos participantes como a entrada do indivíduo no sistema de saúde, não estando vinculado à entrada qualificada e ao atendimento adequado. Nesse ponto de vista, o acesso torna-se apenas um simplificador do agendamento de consultas e não um facilitador desse atendimento, apresentando-se com um dos obstáculos da assistência à saúde.

Nesse sentido, a garantia de atendimento está atrelada ao atendimento médico do indivíduo e não às ações de promoção da saúde e a resolubilidade de seus problemas por outros membros da equipe interprofissional, tanto no modelo tradicional como na ESF.

Sabe-se que a PNAB orienta as ações programáticas de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção aos agravos, assim como a garantia de atendimento à demanda espontânea deve ocorrer nos modelos de atenção à saúde de forma efetiva, e garantindo ao usuário o atendimento necessário ao seu problema. (BRASIL, 2017)

O conceito das ações programáticas em saúde de certa forma torna-se essencial, principalmente aos grupos de risco. Os atendimentos à demanda espontânea geralmente se restringem ao atendimento médico, fato que se materializa no cotidiano da saúde. (TESSER e NORMAN, 2014)

Como possibilidade para modificar esse cenário, o acolhimento surgiu como estratégia de facilitação do acesso. O mesmo vem sendo implantado para garantir que os usuários sejam ouvidos de modo a guiar o atendimento nas unidades de saúde, assim, evitando que a porta de entrada do sistema (APS) seja um obstáculo nos atendimentos. (OLIVEIRA et. al., 2012 (b); ALBUQUERQUE et. al., 2014; SOUSA et. al., 2014; ALVEZ et. al., 2014; FINCKLER et. al., 2014; NUNES et. al., 2016; BRASIL, 2017)

Os gestores relacionaram o acolhimento às ações de escuta qualificada, estando de acordo com o proposto pela política de saúde. Vale ressaltar que os mesmos são os principais facilitadores das implantações das estratégias de intervenção nos processos de gestão, cabendo-lhes a responsabilidade de implantar, fiscalizar e executar as ações pactuadas. (BRASIL, 2017)

Observou-se nos discursos que a escuta qualificada tem sido realizada por todos os membros da equipe interprofissional, de forma que seja identificada a necessidade desse usuário e o atendimento seja realizado, não ficando restrito à consulta médica. Para a PNAB, os serviços devem assegurar acessibilidade e acolhimento de forma organizada, garantindo que todas as pessoas que procuram os serviços sejam ouvidas de modo universal e sem diferenciações. (BRASIL, 2017)

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH):

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (PNH, p.7-8, 2013)

Assim sendo, os serviços de saúde devem assumir a função central de acolher, escutar, e resolver a maioria dos problemas da população, amenizando os danos e sofrimentos. A efetivação do acesso à APS ocorre com a proximidade, a capacidade de acolhimento, a vinculação, a responsabilização e resolubilidade, caracterizando-a como porta de entrada principal das RAS. (BRASIL, 2017)

Ao analisar os discursos em relação às notas do IDSUS, observou-se que os gestores entendem acesso de forma simples, não englobando, em sua maioria, as complexidades relacionadas ao tema e suas reais funções.

De acordo com o IDSUS, os municípios brasileiros alocados no grupo homogêneo 5 apresentam melhores notas de acesso em relação aos demais municípios alocados em outros grupos homogêneos, isto é, esses municípios estão de acordo com a média nacional, corroborando com os achados da pesquisa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Estudo realizado por Sala e Mendes (2011) apontou que municípios de pequeno porte que não apresentaram cobertura significativa de saúde suplementar aderiram melhor às ações da ESF, apresentando melhores coberturas do modelo. Esse estudo vai ao encontro dos resultados dessa pesquisa, pois apontou que o acesso à APS é mais efetivo em municípios de pequeno porte populacional, com baixa estrutura de MAC.

Embora a nota do índice de acesso da região analisada seja satisfatória, ao verificar os indicadores simples que compõem a formação da nota, observa-se que a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde não atingem o parâmetro preconizado pelo MS em 70% dos municípios estudados: quatro destes apresentam baixa cobertura de acesso, com notas entre 3 e 4,7. Ou seja, atingem de 30 a 47% dos 100% preconizados para este indicador.

Esta análise pode estar relacionada à visão simplista dos gestores referente ao acesso, pois a falta de equipes para atender a população corrobora para que o acesso aos serviços seja uma lacuna a ser lapidada com ações que promovam o aumento da cobertura na APS. Este fato vai ao encontro da análise do IDSUS (2011), em que o acesso da população exclusivamente ao SUS está descoberto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Assim, o acesso à APS vem sendo um desafio para os gestores e trabalhadores do SUS. Apresenta barreiras que variam entre o acesso organizacional e geográfico do sistema, estando relacionadas ao acesso seletivo, enfatizado e excludente, de modo a dificultar a garantia do atendimento aos usuários, influenciando negativamente para que a APS mantenha-se ordenadora do cuidado e resolutive na rede.

As estratégias para a amenização das iniquidades consistem na resolução dos agravos de maior incidência no território, não ficando restritas às ações programáticas, assim garantindo uma ampla oferta de serviços nas unidades. Para isso, o atendimento humanizado com diminuição do tempo de espera se faz necessário, buscando a exclusão de obstáculos para a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde. (BRASIL, 2017)

Nesse contexto se faz necessário a valorização da autonomia no cuidado, diminuindo os obstáculos que impedem a assistência, aumentando os vínculos e a confiança profissional. (OLIVEIRA et al, 2012 (a); SILVA, ANDRADE e BOSI, 2014; SILVA e VIEIRA, 2014; NUNES et al., 2016).

Para isso, as três esferas de governo, representados pelos seus respectivos gestores, são responsáveis em ofertar mecanismos de fortalecimento na APS, buscando vínculos com a comunidade e o gerenciamento das RAS. Nesse contexto, estratégias que associem a promoção da saúde e o cuidado com a doença tornam-se essenciais a fim de aprimorar os vínculos e a atuação da equipe interprofissional na APS. (BRASIL, 2017)

O vínculo entre os gestores e a comunidade foi evidenciado nessa pesquisa, estando relacionado à característica populacional da RS estudada. Dos nove municípios participantes, sete encontram-se classificados pelo IDSUS no grupo homogêneo 5, com principal característica o pequeno porte populacional, a baixa ou nenhuma estrutura MAC e a APS como único serviço ofertado, necessitando de acordos intermunicipais para os demais serviços contidos na rede.

Com isso, a RS apresenta uma característica peculiar, isto é, devido à falta de estrutura e insuficiente recurso financeiro, as secretarias de saúde encontram-se em dependências próximas ou conjugadas às unidades, favorecendo a proximidade desse contato entre gestores e usuários.

Os gestores relatam sofrimento decorrente das dificuldades impostas pelas barreiras ao acesso, vinculado ao fato de conhecerem boa parte da população usuária. Colocam que o acesso principalmente à MAC, atual lacuna desta RS, é um desafio para o cuidado, não favorecendo a resolubilidade do tratamento dos usuários, facilitando a formação de filas de espera, intensificando a angústia tanto para a população quanto aos gestores, que se sentem impotentes em não ofertar o acesso ao tratamento dos indivíduos.

As barreiras do acesso relatadas vão ao encontro da literatura estudada. Estudos apontam que as dificuldades no acesso iniciam-se na recepção das Unidades de Saúde - considerada um espaço decisivo para o usuário - dificultando a marcação das consultas, com

pouco acolhimento e pouca humanização nas relações. (OLIVEIRA et. al., 2012(a); SILVA e VIEIRA, 2014; FINCKLER, et. al., 2014)

A falta de profissionais médicos relatada em diversos estudos apontou aumento na demanda de atendimentos nas unidades, gerando filas de atendimento e diminuição da resolubilidade do problema. (CAMPOS et al., 2014(b); VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; LIMA et al., 2015)

Este problema relaciona-se ao modelo medicocêntrico ainda existente no país, no qual os médicos fundem-se nas especialidades, deixando de lado a atenção primária, de forma que prevenção e promoção da saúde ou ações generalistas perderam força neste cenário, intensificando o atendimento fragmentado. (OLIVEIRA et. al., 2012 (a); SILVA e VIEIRA, 2014; FINCKLER et. al., 2014; SOUSA et. al., 2014; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; CAMPOS et al., 2014(a); COSTA, J. P., et al., 2014; PESSALACIA et. al., 2015; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015;)

Evidenciou-se nesta pesquisa alta demanda nos atendimentos de PA, principalmente relatados pelos municípios de maiores portes populacionais que não estão enquadrados no grupo homogêneo 5 (M3 e M8), apontado pelos gestores como sendo um fator cultural da população. Pode estar atrelado à falta de garantia ao acesso médico na APS e à resolubilidade ilusória do seu problema de forma rápida nas unidades de PA.

Nessa linha, observa-se que os atendimentos nos PA, apoiados pela classificação de risco, demonstram que a maioria dos pacientes poderiam ser atendidos nas unidades de APS, apontando uma ineficiência do processo de trabalho das equipes.

As unidades de saúde fazem-se ineficientes em relação à orientação à população sobre qual serviço procurar, fato que dificulta o vínculo do cuidado, uma vez que a população prefere procurar o atendimento com um profissional desconhecido nos PA, um desencontro com o preconizado pela PNAB.

Este fato está relacionado com a fragmentação existente nos serviços, contando com dificuldade para a formação da RAS, com a gestão de fluxos e contrafluxos, associado ao modelo de saúde atual na qual se faz centrado no atendimento médico e na utilização de altas tecnologias na atenção especializada. (MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; CAMPOS et al., 2014(b); VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015)

Alguns autores também apontam que a falta de disponibilidade de horários estendidos, agendamentos flexíveis, falta de equipamentos e uma busca ativa precária pode influenciar no acesso ao atendimento, no diagnóstico precoce e no tratamento oportuno na APS. (BRITO-SILVA et. al., 2014; LOUREIRO et. al., 2014).

Os dados do IDSUS revelaram que os municípios (M3 e M8) apresentam cobertura estimada pelas equipes de atenção básica inferiores a 50% em relação ao parâmetro de 100%, o que justifica a deficiência de atendimento nas unidades de saúde, fazendo com que a população busque atendimento onde lhes é ofertado.

Na outra ponta, estudo realizado por Campos et al. (2014) mostrou que os usuários que não conseguiram consultas médicas imediatas na APS, porém atendidos pela equipe interprofissional, procuram os serviços de PA para resolubilidade de seu problema. Esse fato corrobora com a pesquisa e com o modelo de saúde existente no país, pois aponta forte contribuição cultural atrelada à preferência pelo atendimento médico na resolução de seu problema e não nas ações preventivas e orientações interprofissionais.

Ressalta-se que esta problemática pode estar atrelada à presença de um grande centro de alta complexidade na RS focado na visão hegemônica centrada no atendimento médico, hospitalar e nas especialidades, favorecendo a crença de que apenas em grandes centros de atendimento a resolubilidade aconteça.

Neste contexto, nota-se que, de um lado, os municípios de pequeno porte populacional referem sofrer pelo excesso de vínculo e pela dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde da rede; por outro lado, os municípios maiores relatam impotência em fortalecer a APS como principal porta de entrada. Mais uma vez, a falta de vínculo com a população é o principal desencadeador desse problema.

Com o intuito de diminuir as lacunas no acesso, evidenciou-se que o aumento de equipes de ESF, a construção de novas unidades nesse modelo e a implantação do Programa Mais Médicos no ano de 2013 atuaram como facilitadores do acesso, favorecendo a porta de entrada na APS, indo ao encontro da PNAB.

O Programa Mais Médicos possibilitou a implantação de novas equipes de ESF na RS. Apresenta-se como principal estratégia o aumento de médicos nas unidades, com intuito de melhorar o acesso e o fortalecimento na APS, visto que a maior dificuldade era a vinculação deste profissional para com a equipe. (SILVA, et al., 2016)

Vale ressaltar que os gestores passavam por dificuldades para a contratação de médicos, devido à baixa procura destes profissionais para atuarem na APS, a falta de recursos para a remuneração destes e à burocratização para com a sua contratação.

Corroborando com os relatos desta pesquisa, encontraram-se, na literatura, estudos apontando que, após a implantação do programa, houve melhora do acesso pelos usuários com a ampliação de ações de promoção à saúde, por meio do fortalecimento das

equipes, reduzindo o índice de vulnerabilidade e ficando mais próximo dos princípios estabelecidos pela PNAB. (SILVA et. al., 2016)

Embora o aumento do acesso as consultas médicas na APS seja um facilitador do acesso por outro lado gera um aumento das filas de espera para os demais serviços na RAS. Alguns autores consideram que o aumento da demanda de atendimentos das equipes de ESF não acompanha a oferta de vagas da atenção especializada.

Dessa forma, aumenta a demanda reprimida das unidades para a atenção secundária, o que causa uma menor resolubilidade no atendimento e aumento das filas de esperas do SUS, indo de encontro com os achados desta pesquisa, na qual o gestor sofre pela falta de acesso. (MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; NORMAN e TESSER, 2015)

É sabido que a gestão dos fluxos e contrafluxos dos demais pontos de atenção da RAS e a gestão das filas de espera no SUS são de responsabilidades dos gestores, cabendo a eles organizar e articular ações de forma singular, respeitando as necessidades do território. No entanto, a atual precarização da saúde no país e o baixo investimento do estado e da federação dificultam as ações de planejamento e gestão. (BRASIL, 2017)

Embora a análise dos indicadores simples referentes ao acesso à RS mostrou lacunas a serem lapidadas, a nota do índice de efetividade na AB pelo IDSUS é considerada boa, sendo ela igual ou superior a oito em sete dos nove municípios estudados.

Em relação à efetividade, a Constituição Nacional garantiu ao usuário o acesso e a efetividade da assistência prestada por estratégias que visem à readequação do sistema a fim de aprimorar a qualidade do sistema público brasileiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A efetividade na saúde pode ser definida como o instrumento que mensura o desempenho dos serviços de saúde. Em síntese, avalia o cumprimento dos objetivos, metas e ações programáticas (FACCHINI, L. A., et al., 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Está atrelada ao acesso aos serviços, à qualidade e à resolubilidade dos problemas da população por ações providas de uma intervenção nos campos da saúde. Para tanto, os gestores devem propor estratégias que viabilizem a melhoria do atendimento em saúde, de forma a garantir a qualidade dos atendimentos prestados reduzindo os danos à saúde e a sua coletividade de forma igualitária. (BRASIL, 2017)

Com a reestruturação da PNAB (2017,) buscou-se concretizar ações que promovam a efetivação dos serviços como a readequação do processo de trabalho, enfatizando a reestruturação linear da RAS. (BRASIL, 2017)

Nesse trabalho, a efetividade foi entendida como a avaliação do desempenho em relação ao serviço ofertado e como continuidade do cuidado em saúde, estando relacionada com a constância na oferta dos serviços e a adequação às características da população estudada.

Para a continuidade, a readequação do modelo de atenção faz-se necessária de modo a aprimorar as articulações no processo de trabalho das equipes de saúde com os demais pontos das RAS. Este contexto exige de seus atores (gestores, profissionais e usuários) ampla capacidade de análise, intervenção e autonomia para a modificação da prática (BRASIL, 2017).

Para tanto, a educação permanente pode ser uma estratégia modificadora da realidade, fortalecendo o cotidiano dos serviços e da gestão, a continuidade do cuidado formando novos vínculos que geram mudanças na prática clínica e a garantia da integralidade do cuidado do indivíduo. (UCHÔA et al., 2016; BRASIL, 2017)

Pode-se analisar a qualidade da gestão municipal por meio das habilidades dos gestores em garantir ações que reduzam os riscos de doenças e agravos de modo universal e igualitário, proporcionando à população o acesso aos serviços e a resolubilidade de suas necessidades. (SACARATTI e CALVO, 2012)

Neste contexto, considera-se resolubilidade como uma resposta satisfatória ofertada pelo serviço no qual o usuário procura atendimento para qualquer necessidade de saúde, não estando relacionada apenas à cura de doenças, mas também ao alívio do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde. (COSTA et al., 2014; BRASIL, 2017)

Esta problemática está vinculada ao financiamento ineficiente do sistema de saúde e às diferentes características das gestões municipais, fatos que dificultam a contratação de profissionais para a atuação na rede, não garantindo a continuidade no cuidado. (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; LIMA et al., 2015; CAMPOS e PEREIRA JÚNIOR, 2016)

Esse contexto conduz à baixa qualidade do cuidado na APS gerando limitações e sobrecargas nas demais instâncias da rede, com iniquidades no atendimento, comprometendo o acesso adequado aos serviços de saúde. (SOPELETEI e BISCARDE, 2013; PESSALACIA, ZOBOLI e RIBEIRO, 2016)

Embora a literatura apresente esse contexto desfavorável, o índice de efetividade dos serviços de saúde no Brasil de acordo com o IDSUS apresenta-se bom e homogêneo, sendo que a média está acima de sete, o que indica que os serviços do país garantem o atendimento prestado de forma efetiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

O indicador que melhor avalia o acesso e a efetividade na APS é a proporção de internações por causas sensíveis na AB, o qual considera patologias que deveriam ser tratadas na APS e foram tratadas em ambientes hospitalares. Para esta região, apenas dois municípios não apresentam valores dentro do parâmetro de 28%. (REHEM et. al., 2013)

Interessante observar que a taxa de sífilis congênita não foi satisfatória em nenhum dos municípios estudados. Entre os nove, cinco informaram os sistemas referentes a este indicador, porém todos ultrapassaram o parâmetro preconizado de um caso de sífilis congênita para mil nascidos.

A Região de Saúde sofreu um aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, de 7,53 em 2011 para 14,60 em 2015, segundo dados do TABNET. (<http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/sifilis1.def>) Esse aumento pode estar relacionado a dificuldades para notificações dos casos em gestantes, ao aumento da transmissão vertical da doença e a falhas no processo assistencial. (DOMINGUES e LEAL, 2016)

A proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TB) foi satisfatória em 30% dos municípios estudados. Estudo realizado por SILVA-SOBRINHO et al. (2013) evidenciou que os portadores de TB procuram primariamente os PA para o tratamento, o que pode estar vinculado à característica deste serviço que prolonga o acesso devido ao horário de funcionamento, ao atendimento por demanda espontânea e à disponibilidade imediata de consultas médicas.

Este estudo evidenciou também que, na primeira consulta, o diagnóstico foi confundido com pneumonia, alergia e doença pulmonar obstrutiva crônica e, por último, a TB, o que mostra uma inexperiência dos profissionais em relação ao diagnóstico da doença (SILVA-SOBRINHO et al., 2013).

Esses relatos interferem negativamente nesse indicador, uma vez que o acesso fácil aos PA e a inexperiência no seu diagnóstico interferem na proporção de cura desses casos pela APS, pois os usuários não a procuram como primeiro contato.

Em relação à saúde bucal, a proporção de exodontia em relação aos procedimentos mostra que 44,44% dos municípios estão adequados em relação ao parâmetro, demonstrando que a RS está realizando menos procedimentos preventivos e mais exodontia.

Para esse contexto, Bulgareli et al. (2014) ressaltam que não há estudos na literatura que avaliavam a resolubilidade das ações de saúde bucal, porém sua pesquisa mostrou que a ESF evidencia melhor impacto no efeito nas ações de saúde bucal, devido ao seu modo de atuação.

Observa-se neste estudo que, embora a nota de efetividade fosse considerada boa, os indicadores de qualidade de saúde bucal estão aquém, mostrando que mais ações de saúde bucal devem ser implantadas para que seja efetiva, conforme o preconizado pela APS.

De modo geral, os gestores entendem a efetividade como resolubilidade das ações ofertadas pelos municípios e a garantia dos usuários em receber os atendimentos adequados. Dessa forma, a falta do acesso apresenta-se como dificultador da efetividade, corroborando com os dados do IDSUS.

Os dados dos indicadores de acesso e efetividade são decorrentes do planejamento em saúde, realizado pelos gestores anualmente. Entende-se por planejamento o ato de elaborar, definir prioridades, executar e acompanhar um conjunto de propostas e ações, de acordo com a sua viabilidade em um determinado recorte da realidade. Vem sendo utilizado no cotidiano político-administrativo tanto no setor público como no privado, de forma a aprimorar os serviços e elencar metas e prioridades executáveis por seus atores. (TEIXEIRA, 2010)

Na saúde, o planejamento tem papel vital para o direcionamento das ações de forma a atingir um resultado pré-estabelecido. Para tanto, não se forma por um conjunto de ações ou decisões individuais, mas, sim, pela regulamentação de ações para que haja um resultado articulado e coletivo, de modo que se interligam umas com as outras. (VIEIRA, 2009)

As legislações do SUS englobam o planejamento como ação essencial dos serviços de saúde, sendo de responsabilidade dos gestores das três esferas de governo, de forma linear, estruturada, integrada e solidária, para o gerenciamento da saúde pública. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE e CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013; BRASIL, 2017)

O planejamento tornou-se prioridade na agenda dos gestores por meio do decreto 7.508 de 2011, colocando o Plano Plurianual de Saúde (PPS) como essencial. No PPS que tem validade de quatro anos são estipuladas e elencadas as prioridades de saúde de acordo com as especificações da área adstrita. Concomitante, há a Programação Anual de Saúde (PAS), que consiste em um recorte anual das metas e pactuações dos recursos financeiros que serão utilizados para o período. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE e CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) representa uma avaliação dos serviços de saúde, de modo a elencar novas metas e novos objetivos, cabendo ao gestor esta análise e a mudança de novas metas para o ano subsequente, ressaltando que os PPS estão em constante

evolução, caso as prioridades de saúde do território adscrito alterem-se. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE e CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013)

Para o contexto do planejamento, o IDSUS vem subsidiar ações atuais e futuras, de modo a auxiliar os gestores no planejamento, aprimoramento das pactuações e ações a serem executadas no período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Observou-se que apenas um dos gestores (M9) refere utilizar o índice para ações do planejamento na APS. Os demais relatos mostram que o índice ajudaria, porém, não foi utilizado, destacando o uso do SISPACTO como prioridade.

O SISPACTO é o atual sistema de pactuação de ações na saúde, realizada pelos gestores em conjunto com os DRS, e visa ao planejamento das ações de saúde a serem executadas no ano subsequente. Interage com o RAG e com o PPS, além de informar aos gestores o quanto do parâmetro pactuado foi realizado no ano anterior, sendo parte obrigatória na agenda do gestor. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Devido à obrigatoriedade do seu uso, podemos inferir que o IDSUS foi deixado de lado, considerando que SISPACTO é mais importante que o IDSUS no planejamento. Ressalta-se que o IDSUS provém dos indicadores do SISPACTO, assim sendo uma avaliação global do estado de saúde nos municípios, uma vez que o SISPACTO analisa indicador por indicador em sua singularidade.

A falta de uso desse índice pode estar atrelada a sua não obrigatoriedade e à sobrecarga, relacionada a metas e ao financiamento precário.

Os gestores acreditam que o índice irá ajudá-los no planejamento e estão dispostos a utilizá-lo, porém, nos cinco anos subsequentes à sua criação, não foi utilizado.

Importante ressaltar que cinco dos nove gestores participantes já experienciaram gestões anteriores, ou seja, apresentavam tempo de gestão médio de 125 meses, participaram da pactuação, elaboração e apresentação dos dados do IDSUS, porém, não utilizam para a avaliação e tomada de decisões atuais.

Esse fato pode estar relacionado à complexidade do índice, ao excesso de trabalho e de funções dos gestores de saúde, que, em sua maioria (sete municípios de pequeno porte), apresentam pouca ou nenhuma estrutura de secretarias de saúde e executam o papel administrativo com equipe reduzida, sobrecarregando suas funções e não utilizando alguns parâmetros para o planejamento em saúde. Além disso, pode ainda interferir na divulgação da metodologia e no foco em que possa ter sido dado ao índice, frente a outras demandas.

Esse cenário remete à seguinte reflexão: será que os gestores estão realmente avaliando seus serviços para que novas metas sejam executadas? Ou apenas utilizam as metas de anos anteriores?

Este fato pode estar relacionado à mecanização do trabalho, à troca de governantes, à burocratização e à ineficiência dos recursos financeiros.

Estudo realizado por Weigelt, Mancio e Petry (2012) mostrou que os gestores utilizam os indicadores de saúde para a realização de reuniões com a equipe articulando cada indicador com a realidade atual. Nesses momentos, acontecem as avaliações dos serviços, podendo fornecer aos gestores informações necessárias para o planejamento e a definição de estratégias de intervenção juntamente com a equipe.

Evidenciou-se, a partir dos relatos, que os gestores relacionam o índice à garantia de acesso aos serviços pela população, demonstrando que sua visão está atrelada à garantia do atendimento à saúde.

É sabido que o conhecimento dos índices ou indicadores não garantem o atendimento necessário, eles apenas norteiam seus dirigentes sobre a realidade atual. Os relatos puderam apontar que o índice não foi utilizado no planejamento das ações, mas houve interesse dos gestores em utilizá-los a partir do momento em que foram apresentados nesta pesquisa. Notou-se no decorrer da pesquisa que muitos não sabiam da existência do índice, pois não conheciam seu conteúdo e sua real complexidade.

Sabe-se que os gestores, ao assumirem suas funções, deparam-se com um amplo e diversificado cenário de situações, podendo ser solucionadas de maneiras igualmente variadas, de acordo com as combinações de técnicas ou métodos adotados e as tecnologias ou equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, sendo, à gestão do SUS, um desafio a ser superado. (WEIGELT, MANCIO e PETRY, 2012)

Esse estudo contribuiu para identificar possíveis lacunas do acesso e da efetividade no planejamento em saúde e sensibilizar os gestores para o uso do IDSUS em seu cotidiano a fim de aprimorar a tomada de decisão facilitando a gestão do processo de trabalho no SUS.

Teve como limitações a não adesão de quatro municípios da RS, fato que pode estar relacionado ao período da coleta de dados realizada nos últimos meses da gestão 2013-2016.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa apontaram que os gestores entendem o acesso à APS de maneira simplista. O acesso à RS foi considerado satisfatório perante a classificação do IDSUS, porém a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde, principal indicador de acesso aos serviços, mostrou-se ineficiente.

As barreiras no acesso relatados pelos gestores vão ao encontro dos achados na literatura nacional e enfatizam a necessidade de novos pontos de atenção de MAC na RSPC e o fortalecimento do vínculo do cuidado na APS.

Evidenciou-se que a efetividade foi melhor entendida na RS perante ao IDSUS e na visão dos gestores, apresentando-se boa, ao contrário do acesso, que está fragilizado e com lacunas a serem lapidadas. Concluiu-se que os gestores não utilizam o índice para o planejamento das ações na APS.

Esta pesquisa deu visibilidade ao uso do IDSUS na perspectiva dos gestores apontando que o mesmo pode ser um aliado no planejamento das ações diminuindo as fragilidades do acesso na RS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. v. 38, n. especial, p. 182-194, out 2014.
- ALVES, M.G.M.; CASOTTI, E.; OLIVEIRA, L.G.D.; MACHADO, M.T.C.; ALMEIDA, P.F.; CORVINO, M. P.F.; MARIN, J.; FLAUZINO, R.F.; MONTENEGRO, L.A.A. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégias Saúde Família no Brasil. *Saúde Debate*. v.38, n. especial, p. 34-51, out 2014.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETTO, M.N.S.C.; CESSÉ, E.A.P.; LIMA, R.F.L.; MARINHO, M.G.S.; SPECHT, Y.S.; CARVALHO, E.M.F.; FONTBONNE. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 18. n.2. p 413-424, abr-jun, 2015.
- BORDIN, D.; FADEL, C. B. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal. *Revista de Odontologia da UNESP*. Set-Out 2012, 41(5): 305-311.
- BOUSQUAT, A.; GOMES, A.; ALVES, M.C.G.P. Acesso realizado ao programa de saúde da família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.17, n.11, p. 2921, 2012
- BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 18 de junho de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 22 de setembro de 2017.
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L., KNAFL, K. A., editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000: p. 231-50.
- CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES SOBRE_A_ATENO_BSICA_E_A_ESTRATGIA_DE_SADE_DA_FAMILIA.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2017. (a)

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. v. 38, n. especial, p. 252-264, out 2014. (b)

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CASTRO, A. L. B.; ANDRADE, C. L. T.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por causas sensíveis à atenção básica em grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov. 2015.

COLI, M. C. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. *Cad. Saúde Coletiva*. v.18, n.3, p. 335-336, 2010.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviço. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out-dez, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados a Transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, jun., 2008.

FACCHINI, L. A. PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S.; MAIA, M. F. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; OSÓRIO, A. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.159-172, 2008.

FINKLER, A.L.; VIEIRA, C.S.; TACLA, M.T.G.M.; TOSO, B.R.G.O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. v.27. n. 6, p.548-53, 2014.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurse Health*, v. 10, n.1, p. 1-11, 1987.

HOLLOWAY, I.; WHEELER, S. Qualitative research in nursing and healthcare. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. Interviewing; Chapter 6.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.1, p.161-170, 2010.

LOUREIRO, R.B.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETO, A.; PERES, R.L.; BRAGA, J.U.; MANZINI, E. Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e de roteiros. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

MARIN, M.J.S.; MORACVICK, M.Y.A.D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Rev enferm UERJ*. v. 22, n.5, p.629-36.set/out 2014.

MEDICE, A. Índice do Desempenho do SUS, 2012. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/279174056>>. Acesso em: 24 de agosto de 2016.

MENDES, A.C.G.; MIRANDA, G.M.D.; FIGUEIREDO, K.E.G.; DUARTE, P.O.; FURTADO, B.M.A.S. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em: 16 de abril de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em: 16 de abril de 2016. (a)

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v. 24, n.1, p.165-179, 2015.

NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S.M.S.; FACCHINI, L.A. Desigualdade socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.

OLIVEIRA, B.R.G; VIERIA, C. S., COLLET, N., LIMA, R. A. G. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Revista da Rede de enfermagem do Nordeste*. v.13, n. 2, p.332-42, 2012. (a)

OLIVEIRA, L.S.; ALMEIDA, L.G.N.; OLIVEIRA, M,A.S.; GIL,G.B.; CUNHA,A.B.O.; MEDINA, M.G.; PEREIRA,R.A.G. Acessibilidade a atenção básica em distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012. (b)

OLIVEIRA, E.M.; FELIPE, E.A.; SANTANA, H.S.; ROCHA, I.H.; MAGNABOSCO, P.; FIGUEIREDO, M.A.C. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde Soc. São Paulo*. v. 24, n.3, p. 901-913, 2015. (c)

OLIVEIRA, L. R. Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade utilizando o IDSUS. 2014. 103f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de economia, administração e contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 2014.

PESSALACIA, J.D.R.; RIBEIRO, I.K.S.; RATES, C.M.P.; AZEVEDO, C.; BRAGA,P.P. Experiências de Acesso a serviços primários de saúde por pessoas com síndrome de down. R. Enferm. Cent. O. Min. v.5, n. 3, p.1752-1367, set/dez 2015.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. R. Enferm. Cent. O. Min. v.1, n. 6, p. 2119-2139, jan/abr, 2016.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. 1º edição. Brasília – DF, 2013, 16p.

REIS, R.S.; COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; LAMY, Z.C.; RIBEIRO, S.V.O.; DIAS, M.S.A.; SILVA, R.A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciência & Saúde Coletiva. v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet], n. 21, v. 5, 6 telas, set-out 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf

ROSÁRIO, S.S.D.; FERNANDES, A.P.N.; BATISTA, F.W.B.; MONTEIRO, A.I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.15, n. 3, p. 740-6, jul-set 2013.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Diretrizes e estratégias para a estruturação da política estadual de Atenção Básica do estado de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2012.

SACARATTI, D.; CALVO, M. C. M.; Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. Rev. Saúde Pública, n. 46, v.3, p. 446-445, 2012.

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Disponível em: www.saude.sp.gov.br. Acesso em 04 de maio de 2015.

SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE SÃO PAULO – DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE 6 – DRS IV – BAURU. MAPA DA SAÚDE DO PÓLO CUESTA. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES SP); CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – SÃO PAULO (COSEMS SP). SUS no estado de São Paulo Atualizações para os gestores municipais. São Paulo, 2013, p.206.

SILVA, A. H.; MOURA, G. L.; CUNHA, D. E.; FIGUEIRA, K. K.; HORBE, T. A. N.; GASPARY, E. Análise de Conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Brasília, 2013.

SILVA, K.B.; BEZERRA, A.F.B.; CHAVES, L.D.P.; TANAKA, O.Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Revista Saúde Pública*. v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014. (a)

SILVA, B.P.; STOCKMANN, D.; HENNA, E.; ROCHA, M.C.P.; JUNQUEIRA, F.M.; Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa mais Médicos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016. (b)

SILVA, J. M. Análise geográfica do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde segundo quadro socioespacial e econômico do Centro-Oeste. 2014. 93f. Monografia. Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília. Brasília – DF, 2014.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; PONCE, M. A. Z.; ANDRADE, R. L. P.; BERALDO, A. A.; PINTO, E. S. G.; SCATENA, L. M.; MONROE, A. A.; PINTO, I. C.; VILLA, T. C. S. Efetividade no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev. Esc Enferm USP*, n.47, v.6, p. 1373-1380, 2013.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. v. 38, n. 103, p. 805-816, out-dez, 2014.

SILVA, R.M.M.; VIEIRA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviço de atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 5, p 794-802, set-out 2014.

SILVA, R. A. G. Sensibilidade do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) a variáveis socioeconômicas municipais. 2015. 69f. Dissertação de Mestrado. Faculdade de economia, administração e contabilidade - FEAC, Universidade Federal de Alagoas. Maceió – AL, 2015.

SISTEMA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em 21 Agosto de 2014.

SOUZA, F.O.S.; MEDEIROS, K.R.; GURGEL JÚNIOR, G.D.; ALBULQUERQUE, P.C. Do normativo a realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 19, n.41, p.1283-1293, 2014.

SOPELETE, M. C; BISCARDE, D. G. S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. *Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba*, v. 1, n.1, p. 140-153, out, 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde e Soc. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento em saúde; conceitos, métodos e experiencias. Bahia: EDFBA, 2010, 161p.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. *AF- Revista PMKT*, p. 20-27, 2009.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARÃES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de salvador, Brasil. *Revista Saúde Pública*. v. 46, n.6, p.1007-13, 2012.

UCHÔA, S.A.C.; ARCÊNCIO, R.A.; FRONTEIRA, I.; COELHO, A.A.; MARTINIANO, C.S.; BRAMDÃO, I.C.A.; YAMAMURA, M.; MAROTO, R.M.; SILVA, A.K.F. Acesso potencial a Atenção Primária a Saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 24. p. 2672, 2016.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M; NORONHA, J.C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWAECWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 9, n.3, p. 711-724, 2004.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. n.14, v.1, p.1565-1577, 2009.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc São Paulo*. v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

WEIGELT, L. D.; MANCIO, J. G.; PETRY, E. L. S. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS. *Barbarói. Santa Cruz do Sul*, n. 36, p. 191-205, jan/jun, 2012.

WHITTEMORE, R., KNALF, K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. v.52, p.546-53, 2005.

ZANDONADE, E.; MACIEL, E.L.N. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviço de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n. 4, p. 1244, 2014.

PORTAL DA SAUDE. Quais as mudanças na atualização do PNAB? 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2433>. Acesso em: 14 de set de 2017.

TABNET. Incidência de Sífilis Congênita. Disponível em: <<http://tabnet.saude.sp.gov.br/tabcgi.exe?tabnet/sifilis1.def>>. Acesso em: 24 de set de 2017.

<http://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>
acesso em 21 de novembro de 2017

ANEXOS

ANEXO A
DADOS SECUNDÁRIOS DO IDSUS

Informações - ano de referência 2011	
Colegiado:	Polo Cuesta
IDSUS Estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais		
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km² em 2010)
279.326	6.384	0,02

Avaliação do SUS	
IDSUS da Região de saúde	
6 a 6,9	

14/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	7 a 7,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapta (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	15828.89	72
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
GILBERTO TOBIAS MORATO			PMDB	2383

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	7 a 7,9	8 e +	8 e +	6 a 6,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	7 a 7,9	0.65	0.6	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	8 e +	8 e +	6 a 6,9	

1/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	7 a 7,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto per capita (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	7930.18	83.1
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
AMARILDO GARCIA FERNANDES			PSDB	3559

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	<u>Avaliação de acesso a atenção básica</u>	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	7 a 7,9	7 a 7,9	8 e +	6 a 6,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	7 a 7,9	0.56	0.56	0
<u>Avaliação da efetividade da atenção básica</u>	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	<u>Avaliação da atenção básica</u>	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	6 a 6,9	8 e +	6 a 6,9	

4/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	6 a 6,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapta (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	17776.32	96
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
JOAO CURY NETO			PSDB	38779

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
2	6 a 6,9	7 a 7,9	4 a 4,9	6 a 6,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
8 e +	6 a 6,9	0.72	0.63	0.47
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	7 a 7,9	5 a 5,9	7 a 7,9	

14/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011
Município:
IDSUS do município: 6 a 6,9
Região de Saúde: Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde: 6 a 6,9
IDSUS do estado: 5 a 5,9
IDSUS Brasil: 5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km² em 2010)	Produto interno bruto percapta (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	11849,41	87,6
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
PAULO MARCOS BORGES DOS SANTOS			PV	6126

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	6 a 6,9	8 e +	6 a 6,9	5 a 5,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	6 a 6,9	0,6	0,55	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	8 e +	6 a 6,9	5 a 5,9	

4/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	7 a 7,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto per capita (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	22855.44	63.2
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
BENEDITO DA ROCHA CAMARGO JUNIOR			PSDB	2165

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	7 a 7,9	8 e +	8 e +	7 a 7,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	7 a 7,9	0.78	0.66	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	8 e +	8 e +	6 a 6,9	

14/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	6 a 6,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km ²)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapita (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	8238.65	52.2
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
JOAO FRANCISCO SAO PEDRO			PMDB	2894

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	6 a 6,9	8 e +	8 e +	5 a 5,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	6 a 6,9	0,53	0,58	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	7 a 7,9	8 e +	5 a 5,9	

17/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	7 a 7,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapita (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	12426.44	68.9
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
ROQUE JONER			PR	1927

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
5	6 a 6,9	8 e +	8 e +	5 a 5,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	7 a 7,9	0.61	0.56	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	8 e +	8 e +	6 a 6,9	

14/7/2014

SAGE - Avaliação do SUS

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	6 a 6,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapita (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	5694.51	58.6
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
EMERSON JOSÉ DA MOTA			PTB	1328

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
6	6 a 6,9	7 a 7,9	8 e +	4 a 4,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
4 a 4,9	6 a 6,9	0,45	0,48	0
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	7 a 7,9	8 e +	5 a 5,9	

Informações - ano de referência 2011	
Município:	
IDSUS do município:	6 a 6,9
Região de Saúde:	Polo Cuesta
IDSUS Região de Saúde:	6 a 6,9
IDSUS do estado:	5 a 5,9
IDSUS Brasil:	5 a 5,9

Informações territoriais				
População (2010)	Área territorial (Km2)	Densidade populacional (hab. por km ² em 2010)	Produto interno bruto percapta (PIB - 2009)	Grau de urbanização (2005) em %
0	0	0,00	19759.3	93.2
Município de fronteira		Linha de fronteira	Território da Cidadania	Amazônia legal
Não		Não		Não
Prefeito(a)			Partido	Votos
MARCOS ROBERTO CASQUEL MONTI			PR	12922

Avaliação do SUS				
Grupo homogêneo	Avaliação de acesso do SUS	Avaliação de efetividade do SUS	Avaliação de acesso a atenção básica	Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de média complexidade
3	5 a 5,9	7 a 7,9	6 a 6,9	4 a 4,9
Avaliação de acesso ambulatorial e hospitalar de alta complexidade	IDSUS	Índice sócio econômico	Índice da condição de saúde	Índice de estrutura
5 a 5,9	6 a 6,9	0.73	0.7	0.01
Avaliação da efetividade da atenção básica	Avaliação da efetividade da amb. e hosp. média e alta complexidade	Avaliação da atenção básica	Avaliação da média e alta complexidade	
8 e +	7 a 7,9	6 a 6,9	5 a 5,9	

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade e Acesso da Atenção Básica na Região de Saúde do Pólo Cuesta por meio do Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS

Pesquisador: JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57670916.9.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.682.521

Apresentação do Projeto:

A estruturação da saúde no país, decorridos 26 anos de atuação do SUS, trouxe a Atenção Básica (AB) como eixo organizador e ordenador da Atenção Primária em Saúde (APS), visando assim, o atendimento integral e sistêmico dos indivíduos. O IDSUS visa à avaliação do desempenho dos municípios, regionais de saúde, estados e regiões brasileiras em relação do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Avalia o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção (atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar urgências e emergências). Tem como principal objetivo detectar deficiências no sistema de saúde e não classificar os sistemas, e está atrelado ao pacto de compromisso entre as esferas de gestão SUS. O presente estudo busca conhecer a efetividade e o acesso da atenção básica na região de saúde do Pólo Cuesta por meio dos indicadores de avaliação do IDSUS e pela visão dos Gestores Municipais de Saúde. Trata-se de um estudo analítico, realizado a partir de dados secundários obtidos dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde/Sistema de Apoio a Gestão Estratégica – Índice do Desempenho do SUS, referente ao ano de 2011 da Região de Saúde do Pólo Cuesta – DRS IV Bauru/ RAAS 9 – SP. Serão coletados os dados simples e compostos do IDSUS referente a Atenção Básica. Além disso, serão realizadas entrevistas abertas com gestores municipais de saúde dos 13 municípios incluídos no estudo. As entrevistas terão 4 questões

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.682.521

norteadoras: "Como você entende o acesso da AB?"; "Você utiliza o IDSUS para planejamento das ações da AB?"; "Como você entende a efetividade da AB?"; "Quais as dificuldades em relação ao acesso e a efetividade da AB no seu município?". Para a entrevistas, será utilizado o método de saturação teórica e a análise de conteúdo baseado em Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a efetividade e o acesso da atenção básica na região do Pólo Cuesta por meio dos indicadores de avaliação do IDSUS (Índice de Desempenho do SUS) e pela visão dos Gestores Municipais de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: A pesquisa possibilitará aos gestores de saúde o maior conhecimento das lacunas no acesso e na efetividade da atenção básica na Região de Saúde do Pólo Cuesta, podendo trazer contribuições para o planejamento de ações por parte dos gestores.

Riscos: Não há riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo analítico com o objetivo de conhecer a efetividade e o acesso da atenção básica na região de saúde do Pólo Cuesta, que é composta por 13 municípios da região de Botucatu, sede do Pólo. Para sua realização, serão analisados dados secundários obtidos dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde - Índice do Desempenho do SUS (IDSUS), disponíveis on line, e serão realizadas entrevistas abertas, norteadas por 4 perguntas, com gestores municipais de saúde dos 13 municípios incluídos no estudo.

O referente estudo conta com cronograma adequado para sua execução (início da coleta de dados em outubro/2016) e seus resultados possibilitarão o melhor planejamento de ações e políticas em saúde dos municípios envolvidos, buscando melhorar o acesso e a efetividade da atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os documentos obrigatórios:

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada;
- Projeto de pesquisa;
- Termos de anuência da instituição proponente (FMB) e dos gestores dos 13 municípios envolvidos na pesquisa;
- TCLE com as adequações propostas em reunião de colegiado realizada em 01 de agosto de 2016: linguagem clara, acessível aos participantes da pesquisa, em formato de convite e com as informações necessárias sobre o projeto.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.682.521

Recomendações:

Após o término do estudo, enviar "Relatório Final" ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação do presente projeto, sem necessidade de envio ao CONEP, haja vista a adequação do TCLE conforme solicitação anteriormente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 17 de Agosto de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADO APÓS DIA 17/08/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_710404.pdf	09/08/2016 14:01:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/08/2016 14:00:25	JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	jamilebassetto.pdf	08/07/2016 11:48:09	JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_JUNHO_2016.docx	30/06/2016 18:06:31	JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO.docx	30/06/2016 18:05:34	JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoJamileBassetto.pdf	30/06/2016 18:01:10	JAMILE GABRIELA BRONZATO BASSETTO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.682.521

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 17 de Agosto de 2016

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO C
AUTORIZAÇÃO DA CIR PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**Comissão Intergestores Regional (CIR)
Região de Saúde do Pólo Cuesta**

Declaração

DECLARAMOS que temos CIÊNCIA E AUTORIZAMOS o desenvolvimento da Pesquisa "EFETIVIDADE E ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA DA REGIÃO DE SAÚDE DO PÓLO CUESTA POR MEIO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – IDSUS " a ser conduzida pela Sra. **Jamile Gabriela Bronzato Bassetto**, orientada pela **Profa. Dra. Regina Stella Spagnuolo**, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa).

Declaramos que conhecemos, cumpriremos e faremos cumprir os Requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizamos sua execução.

Declaramos que foi deliberado em Reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), documento único de autorização para a execução da pesquisa, sendo que estava com quórum, conforme regulamento desta CIR.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Botucatu, 01 de junho de 2016.

**COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
REGIÃO DE SAÚDE DO PÓLO CUESTA
(Segue lista de assinaturas em anexo)**

Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP 13613-970 Botucatu São Paulo Brasil
Tel 14 3880-1001

Comissão Intergestores Regional (CIR)
Região de Saúde do Pólo Cuesta

Lista de Assinaturas

Anhembi Demian

Bofete Alina Fernanda Santiago

Botucatu gm

Conchas Antônio P. Campos

Laranjal Paulista Luanna Paucar Silveira Almeida

Porangaba Impedido

Pratânia Leandro Alves

São Manuel Leandro Aparecido Furtado dos Santos

Torre de Pedra Haris fernyck

APÊNDICES

APÊNDICE A
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Acesso na Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa de literatura

Artigo a ser submetido na revista Ciência & Saúde Coletiva

Introdução

A Atenção Primária à saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações coletivas e individuais, com objetivo do atendimento integral, promoção e prevenção da saúde, autonomia dos indivíduos e coletividades. Sua atuação ocorre de forma descentralizada, favorecendo o acesso universal da população aos serviços, devendo ser o contato prioritário e principal porta de entrada aberta do sistema, coordenando cuidado e ordenando as ações dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

A consolidação da APS como porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde tem o intuito de facilitar os princípios da universalidade, equidade e integralidade, promovendo o acesso universal e a efetividade com ênfase no vínculo, na continuidade do cuidado e nas responsabilidades sanitárias, identificando as realidades socioeconômicas e demográficas do território adscrito, delimitando os desafios e proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2017).

O acesso universal e igualitário, garantia constitucional, inicia-se pelas portas de entrada do sistema e se completa dentro das redes de atenção à saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Atualmente, é o principal foco de análise das relações entre usuários e serviços de saúde (BRASIL, 2017; JESUS e ASSIS, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O acesso na saúde define-se como a capacidade de ofertar serviços, aliados ao planejamento e organização, está relacionado ao cuidado e a resolubilidade, envolvendo os quesitos sociais demográficos, culturais e de ofertas de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; TESSER e NORMAN, 2014; CAMPOS et. al. (b), 2014).

Para isso, ele destaca-se além da porta de entrada do sistema, sendo um importante modificador da realidade, desencadeando diversos acontecimentos que podem interferir positivamente ou negativamente no processo final do atendimento às necessidades dos indivíduos e na funcionalidade dos serviços (JESUS e ASSIS, 2010).

Atualmente, o acesso aos serviços de saúde no Brasil apresenta-se fragilizado. As dificuldades englobam barreiras organizacionais, de planejamento e limitações financeiras, o

que dificulta à população o atendimento dentro de suas necessidades de acordo com os princípios do SUS (NORMAN e TESSER, 2015; MENDES et al., 2012).

Nesse contexto, questiona-se: Como acontece o acesso na APS no Brasil?

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura nacional acerca do acesso na APS no período de 2012 a 2017, após a criação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

Método

Trata-se de revisão integrativa de literatura (RIL), ancorada nos pressupostos de Ganong (1987), envolvendo seis passos: estabelecimento do problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Para coleta de dados, utilizaram-se como estratégia de busca os descritores: “Acesso aos serviços de saúde” e “Atenção primária à saúde”. O termo “Atenção primária à saúde” foi conjugado com o termo “acesso aos serviços de saúde” em três bancos de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período de janeiro a abril de 2017.

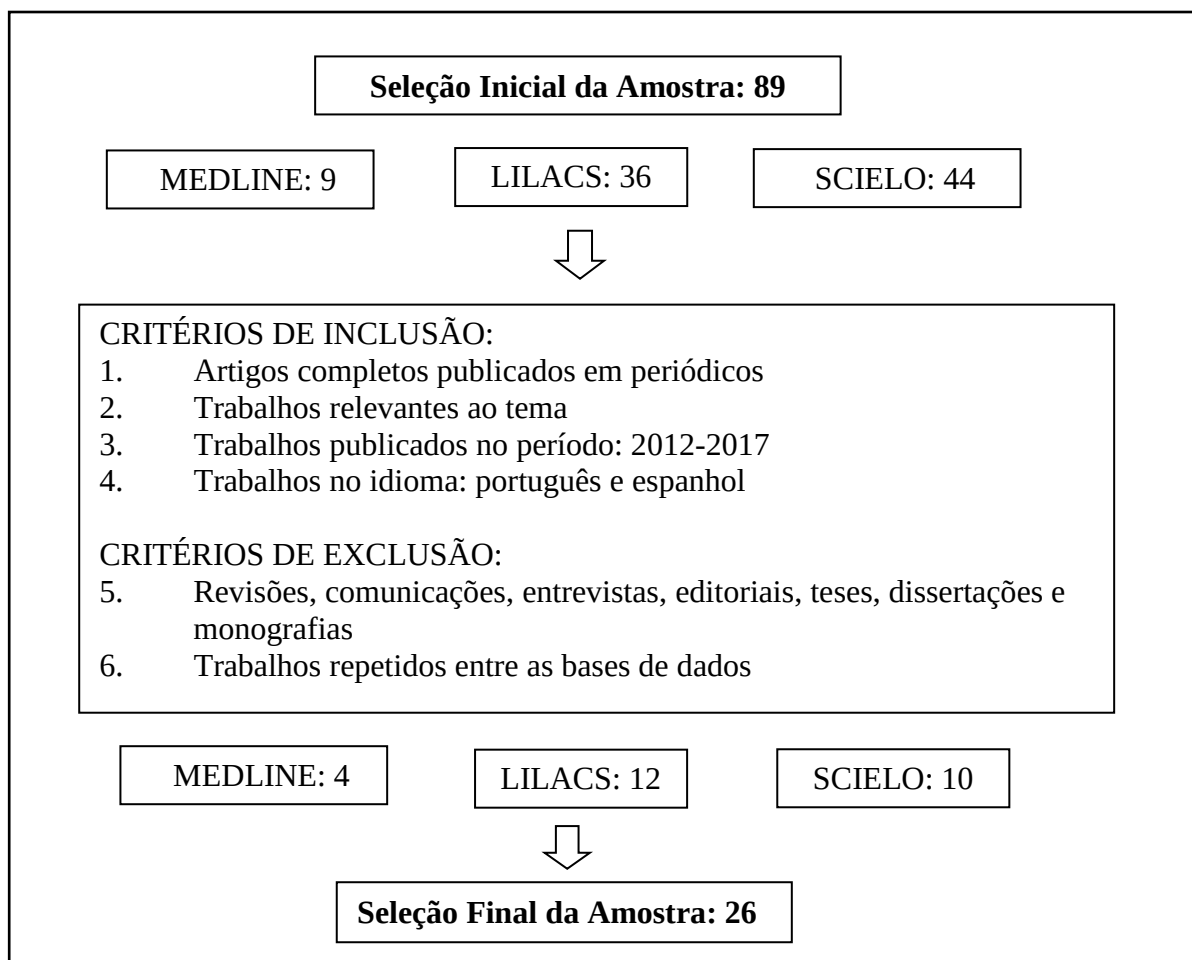
Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicados em periódicos nacionais nos idiomas português e espanhol, e indexados nos referidos bancos de dados no período entre 2012 e 2017. Os critérios de exclusão foram: artigos cujos objetivos ou objetos estudados não se relacionaram com a temática do acesso na APS; teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso; comunicações e revisões de literatura; trabalhos que se repetiram nas bases de dados.

A técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011) foi utilizada como estratégia metodológica qualitativa para organizar sistematicamente a produção do conhecimento. A discussão foi alicerçada pelo referencial teórico da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. (BRASIL, 2017)

Para tanto, visando à sistematização dos dados, utilizou-se um instrumento de fichamento elaborado pelos autores, onde constou: título, ano, autores, periódico de publicação, base de dados, objetivos, método e descrição do conteúdo.

A amostra inicial contou com 89 artigos e, depois de aplicados critérios de inclusão e exclusão, resultou em 26, conforme fluxograma abaixo (quadro 1):

Quadro 1: Fluxograma da constituição da amostra que enfoca o acesso na APS, no período de 2012 a 2017.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017

Resultados quantitativos

Os resultados quantitativos observados após o fichamento dos artigos foram organizados em tabelas. (TABELA 01 e TABELA 02)

TABELA 01: Distribuição referente a publicações segundo ano e divulgado na base de dados, no período de 2012 a 2017, Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Ano de Publicação	Lilacs	Base de dados Medline	SciELO	Total por ano
2012	1	4	0	5
2013	3	0	0	3
2014	4	0	8	12
2015	4	0	0	4
2016	0	0	2	2
2017	0	0	0	0
Total	12	4	10	26

Fonte: Elaborada pelo autor, 2017

TABELA 02: Distribuição dos artigos segundo o nome do periódico, indexados na LILACS, SCIELO e MEDLINE, Botucatu, SP, Brasil, 2017.

Periódico	f	%f
Ciência & Saúde Coletiva	8	30,77
Saúde em Debate	4	15,38
Revista de Saúde Pública	3	11,54
Saúde e Sociedade	2	7,69
Revista Latino Americana de Enfermagem	1	3,85
Revista Eletrônica de Enfermagem	1	3,85
Acta Paulista de Enfermagem	1	3,85
Physis Revista de Saúde Coletiva	1	3,85
Revista de Enfermagem UFRJ	1	3,85
Revista Brasileira de Epidemiologia	1	3,85
Revista Brasileira de Enfermagem	1	3,85
Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro	1	3,85
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	1	3,85
Total	26	100

Fonte: Elaborada pelo autor, 2017

Resultados qualitativos

O *corpus* de análise desvelou duas categorias temáticas relativas ao acesso da Atenção Primária à Saúde (APS): 1) Barreiras do acesso na APS; 2) Facilitadores do acesso na APS.

1) Barreiras no acesso na APS: Essa categoria relaciona-se às fragilidades e barreiras do acesso universal na APS. Engloba dificuldades relatadas pelos autores referentes ao aspecto organizacional, geográfico, processo de trabalho, coordenação do fluxo de atendimento entre APS e as RAS e fortalecimento da APS como porta de entrada principal do sistema. Relatam também dificuldades relacionadas à falta de profissionais e ao financiamento ineficiente, prejudicando, assim, o atendimento aos usuários do sistema.

2) Estratégias facilitadoras do acesso na APS: Essa categoria engloba as ações realizadas para a melhoria do acesso na APS. Relaciona-se ao fortalecimento da atenção primária, com ênfase na readequação do processo de trabalho das unidades de saúde e no acolhimento como principal modificador da realidade, priorizando a Saúde da Família como estratégia principal para a expansão e consolidação da APS no Brasil.

Discussão

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS atua seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, visando ao atendimento de qualidade, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes. Caracteriza o serviço como a principal porta de entrada aberta do sistema, devendo ela ser o primeiro contato entre usuários e serviços de saúde dentro da RAS, buscando atender as necessidades da população adstrita (BRASIL, 2017).

O acesso universal à APS possibilita aos usuários a garantia de entrada nos serviços de saúde e do atendimento as suas necessidades, buscando os princípios do SUS, sem filas de espera, com tempo de agendamento consideravelmente rápido e priorizando os grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2017).

Para a PNAB, o acesso pode ser definido como a capacidade das unidades de saúde em acolher todas as pessoas do seu território referenciado. Apresenta relação com a capacidade do serviço em responder as necessidades de saúde, permitindo o direcionamento das ações e dos serviços, o gerenciamento dos horários de funcionamento, assim como a definição do modelo de agendamento que melhor se encaixe dentro das necessidades encontradas (BRASIL, 2017).

Enfoca que para a garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas executar ações programáticas, assim garantindo à população uma ampla oferta de serviços (BRASIL, 2017).

Atualmente, a garantia do acesso universal na APS vem sendo um dos principais desafios dos gestores e trabalhadores do SUS. Estudos apontam que as dificuldades no acesso iniciam-se nas recepções das Unidades de Saúde, limitando-se apenas à marcação de consultas, sem ênfase no acolhimento e na humanização das relações, destoando do proposto pela PNAB (CAMPOS et al., 2014 (b); VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; LIMA et al., 2015).

Nessas unidades, as recepções são consideradas espaço de poder, pois decidem o acesso dos usuários aos atendimentos, relacionam-se ao favorecimento de pessoas gerando o

acesso excludente, impondo barreiras para os agendamentos de consultas (OLIVEIRA et. al., 2012 (a); SILVA e VIEIRA, 2014; FINCKLER, et. al., 2014).

A marcação de consultas foi relatada como uma barreira no acesso em diversos estudos, relacionando-se com filas iniciadas nas madrugadas para aquisição de senhas sem a garantia do atendimento, sendo caracterizada como (des)humanização do acesso aos serviços, a qual pode gerar a descontinuidade do cuidado, sendo evidenciada pela baixa procura dos usuários aos atendimentos programáticos (OLIVEIRA et al., 2012 (a e b); ROSÁRIO et al., 2013; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; CAMPOS et al., 2014 (b); SILVA, ANDRADE e BOSI, 2014; FINCKLER et al., 2014; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; LIMA et al., 2015; SOUSA et al., 2014; PESSALACIA et al., 2015).

Os usuários colocam que as populações não cadastradas nas unidades ESF, porém pertencentes ao território referenciado que não se enquadram nos grupos de risco, apresentaram dificuldade no acesso ao agendamento de consultas, muitas vezes não conseguindo atendimento e buscando as outras portas de entrada na RAS (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015).

Embora os achados relacionem as filas de madrugada como aspecto negativo, estudo evidenciou que, em serviços onde o agendamento não é decorrente deste modelo, também foi mal avaliado pelos usuários, sendo classificado ruim e com baixa resolubilidade (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015).

Além disso, estudos apontam que o tempo de espera do agendamento até as consultas foi considerado alto, podendo estar atrelado à redução do número de consultas disponíveis para o agendamento e ao não cumprimento da carga horária pelos profissionais, o que leva à insatisfação com a lógica organizacional dos serviços e dificuldades no processo de trabalho das unidades (MENDES et. al., 2012; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014).

O aumento do tempo de espera com decorrente acúmulo da demanda reprimida nas unidades foi vinculado também à alta rotatividade de profissionais na APS, à falta de médicos, ao aumento do número de famílias de responsabilidade das equipes e à dificuldade para a formação de equipes completas, o que gera sobrecarga de trabalho. Usuários relatam que buscaram atendimento externos à APS, pois não havia vagas para consultas nas Unidades de Saúde de referência (MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; SOUSA et. al., 2014; SILVA e VIEIRA, 2014; REIS et. al., 2014; ROSARIO et. al., 2013).

Este fato potencializa a dificuldade na formação de vínculos com a população, devido à alta rotatividade de profissionais nas unidades de APS (TRAD, CASTELLAMOS e GUIMARÃES, 2012; OLIVEIRA et al., 2012 (a); PESSALACIA et al., 2015).

Para profissionais e usuários, a ausência de vagas foi traduzida pela falta de profissionais médicos. Na perspectiva dos gestores, esta problemática está atrelada ao não comprometimento desses trabalhadores com atenção primária e na ótica dos profissionais, à falta de políticas de incentivos (CAMPOS et al., 2014 (b); VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; LIMA et al., 2015).

A falta de profissionais de saúde pode estar vinculada também ao financiamento ineficiente do sistema de saúde, no qual a escassez de recursos impede os gestores de contratarem profissionais para atuarem na APS (LIMA et al., 2015; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015).

Alguns autores também apontam que essa barreira no acesso pode estar vinculada à falta de disponibilidade de horários estendidos, agendamentos flexíveis, falta de equipamentos e uma busca ativa precária, dificultando o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno. Evidenciou-se que os usuários que não conseguiram atendimento nas unidades de saúde procuraram os serviços de urgência/emergência e a atenção secundária para um diagnóstico mais rápido e resolutivo (SILVA e VIEIRA, 2012; BUSQUAT, GOMES e ALVES, 2012; BRITO-SILVA et al., 2014; LOUREIRO et al., 2014).

A dificuldade no acesso devido à baixa demanda de consultas, dificuldades no agendamento e disponibilidade dos profissionais provoca um aumento da procura de atendimentos nas demais portas de entrada aberta da RAS, fazendo com que a APS não seja a primeira porta de entrada e o principal vínculo com os usuários no SUS (TRAD, CASTELLAMOS e GUIMARÃES, 2012; OLIVEIRA, et. al., 2012 (a); MENDES et al., 2012; REIS et al., 2013; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; SILVA, ANDRADE e BOSI, 2014; SILVA e VIEIRA, 2014).

Na tentativa de banir as lacunas no acesso evidenciadas neste estudo, a PNAB ressalta que é de autonomia dos municípios o gerenciamento desta problemática, enfocando o diagnóstico de saúde da população e indo ao encontro com as características de cada território (BRASIL, 2017).

Destoando dos achados, alguns autores relataram que não encontraram barreiras no acesso em relação ao horário de atendimento das unidades de saúde, fato este que pode estar vinculado à estruturação do processo de trabalho dessas equipes e ao planejamento das ações, com enfoque nas necessidades da população, favorecendo o acesso universal aos

serviços como proposto pela PNAB (LOUREIRO et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014; UCHÔA et al., 2016; BRASIL, 2017).

Para o favorecimento e ampliação do acesso universal no SUS, a organização do processo de trabalho das unidades é prioridade. O acolhimento deve estar presente em todas as relações do cuidado, assim a equipe deverá atender todas as pessoas que procuram a unidade de saúde, contemplando o atendimento da agenda programada aos grupos de risco e também o atendimento à demanda espontânea (BRASIL, 2017; OLIVEIRA et al., 2012 (a); ALBUQUERQUE et al., 2014; NUNES et al., 2014) (OLIVEIRA et al., 2012 (b); ALBUQUERQUE et al., 2014; SOUSA et al., 2014; ALVEZ et al., 2014; FINCKLER et al., 2014; NUNES et al., 2014).

Ainda favorecendo este cenário, a escuta qualificada deve ser realizada estabelecendo relação entre os usuários e os trabalhadores, corroborando com a construção de vínculos no processo do cuidado (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica, vinculada à distribuição de senhas limitadas para as consultas; deve ser embasado na classificação e estratificação do risco, seguindo os desfechos de acordo com a organização do sistema de atendimento de cada unidade, embasados na PNAB (2017). (BRASIL, 2017)

Na avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), apenas 21,10% das equipes avaliadas desenvolviam ações a partir do acolhimento nas Unidades de Saúde. (ALVEZ et al., 2014)

Notou-se que os usuários e profissionais fazem-se resistentes em relação à adoção de critérios de classificação de risco nas unidades de saúde. Alguns agendam consultas em diversas unidades a fim de driblar a demora no atendimento (TRAD, CASTELLAMOS e GUIMARÃES, 2012; SOUSA et al., 2014; PESSALACIA et al., 2015).

Alguns relatos demostram que mesmo os usuários embalados na classificação de risco recebendo acolhimento nas unidades, porém não encaminhados a consultas médicas imediatas, procuram serviços de urgência/emergência para a resolubilidade de seu problema, o que mostra que a população ainda se encontra vinculada ao atendimento medicocêntrico e fragmentado, assim excluindo o tratamento interdisciplinar das equipes (CAMPOS et al, 2014 (b); MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014, OLIVEIRA et al., 2012 (a)).

A dificuldade para a atuação interdisciplinar na APS afasta-nos da extinção das barreiras no acesso universal, está vinculada ao modelo de saúde atuante no país, o qual encontra-se focando no atendimento médico, fragmentado e voltado a práticas curativas com a utilização de altas tecnologias ofertadas pela atenção especializada (MARIN,

MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; CAMPOS et al. (b), 2014; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; OLIVEIRA et al., 2012 (a); SILVA e VIEIRA, 2014; FINCKLER et al., 2014; PESSALACIA et al., 2015; SOUSA et al., 2014).

O enfraquecimento no tratamento interdisciplinar desfavorece o acolhimento e o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência nas RAS, limitando a autonomia do cuidado e favorecendo a desarticulação entre a atenção primária e atenção especializada (UCHÔA et al., 2016; PESSALACIA, 2015; OLIVEIRA et al., 2012 (a)).

Estudo apontou que as unidades de urgência/emergência eram responsáveis pela regulação dos serviços e realizavam agendamentos de retorno aos usuários, uma vez que a APS não se fazia ordenadora da rede e não gerenciava o fluxo dos atendimentos (OLIVEIRA et al., 2012 (a)).

Profissionais colocam que o acolhimento seguido da orientação no processo de referência e contra referência entre APS e demais linhas de cuidado garantem o fluxo adequado no encaminhamento para a RAS. Já o acolhimento fragilizado gera competição na busca da assistência, aumentando o número de atendimentos, que deveriam estar na atenção primária, nos serviços emergenciais (SOUSA et. al., 2014; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014) (MENDES et al., 2012; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; BARBOSA, ELIZEU e PENNA, 2013).

Embora o acolhimento garanta o fluxo adequado na rede e proporciona as unidades como local de escuta e orientação referentes às necessidades da população, ele foi relatado pelos profissionais como regulador do acesso às consultas médicas, sendo este referenciado pelos usuários como o mais esperado pela população (MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014, PESSALACIA, 2015).

Relatos de profissionais apontaram que há um agendamento com “liberdade regulada”, sendo realizados agendamentos para curtos períodos para evitar absenteísmo e consideram que a forma de agendamento gera facilidades aos usuários que estão frequentemente nas unidades, inflando a agenda com atendimentos desnecessários e assim não conseguindo acolher os demais usuários do território (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015).

O acesso facilitado relatado pelos profissionais gera um aumento nos agendamentos, assim, a demanda espontânea não consegue ser contemplada dentro da lógica organizacional das unidades, diminuindo a resolubilidade do problema e as ações de promoção e prevenção, proporcionando aumento da vulnerabilidade da população (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; SOUSA et. al., 2014; ALVEZ et. al., 2014).

Este fato destoa da proposta da PNAB referente ao acolhimento nas ações de saúde. A dificuldade na organização do processo de trabalho e a ineficiência na vinculação do acolhimento às consultas médicas gera uma diminuição da oferta de serviços e uma fila de espera para os atendimentos.

Para este contexto, de acordo com a PNAB, a ESF faz-se principal modelo na reorganização deste processo, facilitando o atendimento, aumentando o número de consultas médicas disponibilizadas à população e também aproximando os usuários aos serviços de saúde. (BRASIL, 2017)

Achados deste estudo vão ao encontro com a PNAB, na qual a Saúde da Família apresenta-se como estratégia prioritária para a modificação deste cenário. Os autores relatam que ela auxilia na diminuição das inequidades existentes entre os serviços e vincula-se ao aumento da oferta de atendimentos e ao fortalecimento da APS como primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde (LIMA et al., 2015, OLIVEIRA et al., 2012 (b)).

Estudos apontaram que os usuários estão satisfeitos com serviços da ESF em relação às Unidades Básicas Tradicionais. Os profissionais referem melhoria do acesso após a implantação de novas equipes deste modelo (MENDES et al., 2012; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; LIMA et al., 2015).

De acordo com os autores, a ESF, por um lado, amplia a oferta dos serviços e, consequente, melhora o acesso à APS pela a população, porém gera filas de espera maiores para a atenção secundária, uma vez que os demais serviços da rede não acompanham o crescimento da oferta na APS. Gera insatisfação dos usuários e aumento da demanda reprimida, representando uma das barreiras no acesso organizacional (VIEGAS, CARMO & LUZ, 2015; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014; TRAD, CASTELLAMOS e GUIMARÃES, 2012; MENDES et al., 2012).

Embora a ESF favoreça a proximidade com a população e a reestruturação dos atendimentos na APS, estudo apontou que alguns serviços neste modelo vêm sendo insuficientes para garantir o atendimento necessário à população (LIMA et al., 2015).

Favorecendo este contexto, alguns autores colocam que as unidades de ESF apresentavam maior tempo de espera para agendamento de consultas em relação ao modelo tradicional, sendo pior avaliada na visão dos usuários e relacionando-se como insatisfatória. Evidenciaram também que as unidades tradicionais apresentavam maior disponibilidade de vagas para demanda espontânea quando comparadas à Saúde da Família (MENDES et al., 2012; REIS, et al., 2013; MARIN, MORACVICK e MARCHIOLI, 2014).

Achados deste estudo mostram que os usuários não confiavam nos profissionais da APS para o diagnóstico de doenças graves. Essa problemática resulta em descontinuidade no cuidado e não formação de vínculos com a comunidade, proposta inicial da ESF (VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015).

Para modificar esta problemática, e com intuito de fortalecer a criação de vínculos no processo do cuidado, as equipes realizam visitas domiciliares aos usuários, de acordo com a vulnerabilidade do território. Estudos colocam que esta garante o direito ao acesso universal à saúde, não só nas unidades, como além de seus muros (ROSÁRIO et al., 2013, BRASIL, 2017).

Desfavorecendo esse contexto, profissionais relatam que não há transporte para a realização das visitas e utilizam, em alguns casos, seus próprios veículos para não deixar a população sem atendimento (ROSÁRIO et al., 2013).

A proximidade além dos muros das unidades pode vir a facilitar a diminuição das iniquidades no acesso geográfico identificadas neste estudo. Essas lacunas foram abordadas por diversos autores, que variam desde a falta de transporte público para o deslocamento à unidade, sendo distantes das residências, até a má distribuição das Unidades de Saúde da Família dentro do território (OLIVEIRA et al., 2012(b); ROSÁRIO et al., 2013; VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; PESSALACIA et al., 2015).

Profissionais colocam que a distância das unidades até as residências dificulta o acesso para os usuários. Outro autor concorda com esta assertiva, porém coloca que este fator não impede que os usuários sejam consultados. (OLIVEIRA et al., 2012(b); VIEGAS, CARMO e LUZ, 2015; PESSALACIA et al., 2015)

O atendimento às crianças também foi relatado como prejudicado pela distância. Usuários colocam que as unidades, além de longe de suas residências, não se fazem acessíveis para o atendimento de crianças com Síndrome de Down (FINCKLER et al., 2014; SILVA e VIEIRA, 2014; PESSALACIA et al., 2015).

Para melhorar este cenário, estudos apontaram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem-se facilitadores do acesso universal. Atuam como principal elo entre os usuários e os serviços, e realizam, juntamente com a equipe, o diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitários do território que atuam (MENDES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012(b)).

Têm como principal objetivo aproximar os usuários aos serviços de saúde, por meio da facilidade para a marcação de consultas e ações de promoção e prevenção à saúde. Desse modo, promovem a melhoria no acesso aos serviços (BRASIL, 2017).

Usuários colocam que essa proximidade entre a população e os ACS podem interferir negativamente nesse processo, de modo a beneficiar os mais próximos, assim favorecendo o acesso excludente (LIMA et al., 2015).

Vinculado a isso, podemos inferir que o beneficiamento de alguns grupos pode estar relacionado à dificuldade de capacitação das equipes para atuarem nos serviços.

Observou-se um despreparo dos profissionais de saúde em relação à APS, sendo que a maioria dos profissionais de nível superior não apresentavam essa formação específica. Porém, como aspecto positivo, esses profissionais apresentavam exclusividade no trabalho na APS e alta permanência na mesma unidade, favorecendo os vínculos do cuidado, com boa integração da equipe de trabalho (ROSÁRIO et al., 2013; BARBOSA, ELIZEU e PENNA, 2013).

Para os usuários com SD, notou-se deficiência na capacitação dos profissionais para o atendimento, fragmentação do cuidado, e dificuldade para encaminhamento para especialidades, buscando atendimento particular (PESSALACIA et al., 2015).

Corroborando com os achados, a avaliação do PMAQ – AB realizada nas unidades constatou que uma menor proporção de equipes que utilizavam abordagens educativas (ALVEZ et al., 2014).

Neste cenário, onde as limitações sobressaem-se às facilidades, o financiamento ineficaz pode potencializar as inequidades no acesso universal. O baixo financiamento foi evidenciado na contratação de profissionais, na compra e dispensação de insumos farmacêuticos e na manutenção dos serviços básicos, o que pode potencializar as dificuldades no acesso dos menos favorecidos socialmente (NUNES, et al., 2014).

Profissionais e usuários relatam falta de insumos e equipamentos para com o cuidado. A ineficiência de insumos farmacológicos estende-se aos grupos de risco, constando menor acesso em municípios de pequeno porte populacional (ROSÁRIO et al., 2013; BARRETO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015(c)).

Embora seja assegurada aos usuários a garantia do acesso referente a esta problemática, estudos colocam que a oferta de insumos e medicamentos é baixa, dessa forma, necessitam utilizar recursos próprios para a aquisição dos mesmos (BRASIL, 2011; BARRETO et al., 2014).

Este fato dificulta o princípio da igualdade, equidade, universalidade e a continuidade no cuidado, muito enfatizadas pelas diretrizes da PNAB. A dificuldade financeira dos usuários e a falta de disponibilidade desses insumos pela rede pública alteram a

condução do tratamento, que se torna ineficaz dentro da rede (REIS et al., 2013; MARIN, MORACVICK & MARCHIOLI, 2014; LIMA et al. 2015; OLIVEIRA et al., 2015(c)).

Ademais, evidenciou-se que a troca de gestão pública também altera o acesso aos serviços e a disponibilidade de insumos, medicamentos e programas para a população. Profissionais colocam que a alteração de governantes muitas vezes provoca troca de programas cadastrados nas unidades. Esse fato relaciona-se à fragmentação e descontinuidade no cuidado, favorecendo a baixa adesão aos tratamentos e a dificuldade na formação de vínculos entre equipes e usuários. (LIMA et al., 2015).

Relacionado a isso, profissionais referem que, com a implementação de novas linhas de cuidado e novas estratégias para o aprimoramento da atenção à saúde, apresentam-se sobrecarregados de trabalho e com acúmulo de múltiplas funções (UCHÔA et al., 2016).

Nota-se neste estudo que as barreiras no acesso universal à saúde sobressaem-se aos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS. Encontrou-se um acesso excludente, priorizando grupos e dificultando a entrada dos usuários na APS, indo em desencontro com o estabelecido pela PNAB.

Na outra ponta, o acolhimento e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada principal do sistema de saúde está sendo trabalhado pelas equipes como potencial modificador da realidade de cada território.

Com isso, os desafios para as iniquidades do acesso na APS visam a valorizar os núcleos de competências de cada profissional, fortalecer o acolhimento nas unidades, reestruturar o processo de trabalho, reconhecendo a autonomia no cuidado, diminuindo as barreiras, aumentando vínculos e a confiança entre usuários e profissionais (OLIVEIRA et al, 2012 (a); SILVA, ANDRADE e BOSI, 2014; SILVA e VIERIA, 2014; NUNES et al., 2016).

Conclusão

O presente estudo deu visibilidade à produção científica acerca do acesso à APS no SUS, desvelando suas fragilidades e suas perspectivas na busca de uma melhor adequação à saúde da população.

Considerou que as barreiras geográficas e organizacionais estão presentes na maioria dos trabalhos estudados, mostrando que ainda há um longo caminho na construção da APS como porta de entrada do sistema.

Como facilitador da readequação do acesso, atribuiu-se o acolhimento como estratégia de melhoria do acesso, favorecendo o elo entre a população e os serviços.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados acerca do tema a fim de embasar novos saberes em relação às iniquidades do acesso e às estratégias que estão sendo utilizados no cenário nacional para diminuir a lacuna existente entre a população e as unidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.S.V.; LYRA, T.M.; FARIAS, S.S.F.; MENDES, M.F.M.; MARTELLI, P.J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. v. 38, n. especial, p. 182-194, out 2014.

ALVES, M.G.M.; CASOTTI, E.; OLIVEIRA, L.G.D.; MACHADO, M.T.C.; ALMEIDA, P.F.; CORVINO, M. P.F.; MARIN, J.; FLAUZINO, R.F.; MONTENEGRO, L.A.A. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégias Saúde Família no Brasil. *Saúde Debate*. v.38, n. especial, p. 34-51, out 2014.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETTO, M.N.S.C.; CESSÉ, E.A.P.; LIMA, R.F.L.; MARINHO, M.G.S.; SPECHT, Y.S.; CARVALHO, E.M.F.; FONTBONNE. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 18. n.2. p 413-424, abr-jun, 2015.

BOUSQUAT, A.; GOMES, A.; ALVES, M.C.G.P. Acesso realizado ao programa de saúde da família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.17, n.11, p. 2921, 2012

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 18 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 22 de setembro de 2017.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES_SOBRE_A_ATENCOES_BASICA_E_A_ESTRATEGIA_DE_SADE_DA_FAMILIA.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2017. (a)

CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. v. 38, n. especial, p. 252-264, out 2014. (b)

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

FACCHINI, L. A. PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S.; MAIA, M. F. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; OSÓRIO, A. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.159-172, 2008.

FINKLER, A.L.; VIEIRA, C.S.; TACLA, M.T.G.M.; TOSO, B.R.G.O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paul Enferm*. v.27. n. 6, p.548-53, 2014.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurse Health*, v. 10, n.1, p. 1-11, 1987.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.1, p.161-170, 2010.

LOUREIRO, R.B.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETO, A.; PERES, R.L.; BRAGA, J.U.; MANZINI, E. Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e de roteiros. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

MARIN, M.J.S.; MORACVICK, M.Y.A.D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Rev enferm UERJ*. v. 22, n.5, p.629-36.set/out 2014.

MENDES, A.C.G.; MIRANDA, G.M.D.; FIGUEIREDO, K.E.G.; DUARTE, P.O.; FURTADO, B.M.A.S. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em: 16 de abril de 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n.1, p.165-179, 2015.

NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S.M.S.; FACCHINI, L.A. Desigualdade socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.

OLIVEIRA, B.R.G; VIERIA, C. S., COLLET, N., LIMA, R. A. G. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Revista da Rede de enfermagem do Nordeste*. v.13, n. 2, p.332-42, 2012. (a)

OLIVEIRA, L.S.; ALMEIDA, L.G.N.; OLIVEIRA, M,A.S.; GIL,G.B.; CUNHA,A.B.O.; MEDINA, M.G.; PEREIRA,R.A.G. Acessibilidade a atenção básica em distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012. (b)

OLIVEIRA, E.M.; FELIPE, E.A.; SANTANA, H.S.; ROCHA, I.H.; MAGNABOSCO, P.; FIGUEIREDO, M.A.C. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde Soc. São Paulo*. v. 24, n.3, p. 901-913, 2015. (c)

PESSALACIA, J.D.R.; RIBEIRO, I.K.S.; RATES, C.M.P.; AZEVEDO, C.; BRAGA,P.P. Experiências de Acesso a serviços primários de saúde por pessoas com síndrome de down. *R. Enferm. Cent. O. Min*. v.5, n. 3, p.1752-1367, set/dez 2015.

PESSALACIA, J. D. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; RIBEIRO, I. K. Equidade no acesso aos cuidados paliativos na atenção primária à saúde: uma reflexão teórica. *R. Enferm. Cent. O. Min*. v.1, n. 6, p. 2119-2139, jan/abr, 2016.

REIS, R.S.; COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M.; SANTOS, A.M.; ALVES, M.T.S.S.B.; LAMY, Z.C.; RIBEIRO, S.V.O.; DIAS, M.S.A.; SILVA, R.A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

ROSÁRIO, S.S.D.; FERNANDES, A.P.N.; BATISTA, F.W.B.; MONTEIRO, A.I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.15, n. 3, p. 740-6, jul-set 2013.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate*. v. 38, n. 103, p. 805-816, out-dez, 2014.

SILVA, R.M.M.; VIEIRA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviço de atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 67, n. 5, p 794-802, set-out 2014.

SOUZA, F.O.S.; MEDEIROS, K.R.; GURGEL JÚNIOR, G.D.; ALBULQUERQUE, P.C. Do normativo a realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 19, n.41, p.1283-1293, 2014.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde e Soc. São Paulo*, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARÃES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de salvador, Brasil. *Revista Saúde Pública*. v. 46, n.6, p.1007-13, 2012.

UCHÔA, S.A.C.; ARCÊNCIO, R.A.; FRONTEIRA, I.; COELHO, A.A.; MARTINIANO, C.S.; BRAMDÃO, I.C.A.; YAMAMURA, M.; MAROTO, R.M.; SILVA, A.K.F. Acesso potencial a Atenção Primária a Saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 24. p. 2672, 2016.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc São Paulo*. v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2433. Acesso em 14 de setembro de 2017.

<http://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>
acesso em 21 de novembro de 2017

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012
(Participante maior de 18anos)

CONVIDO o Senhor (a) _____ para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Efetividade e Acesso da Atenção Básica na Região de Saúde do Pólo *Cuesta* por meio do Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS”, que será desenvolvido por mim **Jamile Gabriela Bronzato Bassetto**, fisioterapeuta, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, com orientação do profissional enfermeira e Professor (a) **Regina Stella Spagnuolo** da (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP).

O Senhor (a) responderá a um questionário, que levará 30 minutos de duração. As entrevistas serão gravadas. Após a transcrição dos dados as gravações serão apagadas.

Seu benefício em participar será cooperar para o entendimento sobre o acesso e a efetividade da Atenção Básica na Região de Saúde do Pólo *Cuesta*.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento. Este estudo não oferece riscos e/ou prejuízo de natureza ética ou física aos participantes.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome (Pesquisador): Jamile Gabriela Bronzato Bassetto

Endereço: Av. Dr. Adhemar de Barros, 56 – Vila Ipiranga – São Manuel - SP

Telefone: (14) 996410737

Email: jgbbassetto@gmail.com

APÊNDICE C
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS GESTORES

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Pesquisa: Efetividade e Acesso da Atenção Básica na Região de
Saúde do Pólo Cuesta por meio do IDSUS, comparado com a visão
do Gestor Municipal de Saúde**

Município:

Idade:

Sexo:

Profissão

Escolaridade

Tempo de Gestão em Saúde:

Tempo como gestor nesta
secretaria

Data:

Questões:

1 - Como você entende o acesso da Atenção Básica?

2 - Quais as dificuldades em relação ao acesso da AB no seu
município?

3 - Como você entende a efetividade da Atenção Básica?

4- Quais as dificuldades em relação a efetividade da AB no seu
município?

5 - Você utiliza o IDSUS para planejamento das ações de AB?