

# Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?<sup>1</sup>

Helvécio Miranda Magalhães Junior<sup>2</sup>

Hêider Aurélio Pinto<sup>3</sup>

## RESUMO

O artigo identificou que, tanto em normativas governamentais quanto na literatura especializada, espera-se que a Atenção Básica (AB) seja a principal porta de entrada do sistema, a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado. Aprofundou os significados destes conceitos e buscou verificar o quanto os serviços e as Equipes de Atenção Básica (EAB) cumprem, de fato, este papel, a partir da análise dos dados secundários do banco de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do questionário aplicado pelo Ministério da Saúde (MS) aos gestores de municípios que participaram do primeiro ciclo do PMAQ e da pesquisa realizada pela Ouvidoria do MS com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fim, o artigo buscou, ainda, identificar políticas do próprio MS que buscam fortalecer a AB nestes papéis, fazendo uma busca especial entre aquele conjunto de ações que, internacionalmente, são reconhecidas como pró-coordenação.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção à Saúde; PMAQ.

Keywords: *Primary Health Care; Unified Health System; Health Care; PMAQ.*

## Introdução

A partir de 2011, em um processo de aprofundamento e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o MS realizou uma série de medidas

---

<sup>1</sup> Publicado na Revista Divulgação para Saúde em Debate n°51, p.14-29.

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério do Saúde, Brasil.

que, pode-se afirmar, reposicionaram o papel e a importância da AB no conjunto das políticas do Governo Federal.

Duas importantes evidências disso podem ser percebidas no aumento expressivo do financiamento federal da AB repassado aos municípios (mais de 100%, de 2010 a 2014) e no inédito investimento na ampliação e na qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o lançamento, em 2011, do Requalifica UBS (PINTO; MAGALHÃES JR.; KOERNER, no prelo).

A criação, também em 2011, do PMAQ (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012) e a formulação e regulamentação legal, em 2013, do Programa Mais Médicos (PINTO *et. al.*, neste número), mobilizaram os mais variados recursos para enfrentar os nós críticos que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da AB no País (PINTO; SOUSA; FERLA, neste número).

Por fim, uma série de atos normativos, tanto da Presidência quanto do MS, afirmaram o papel e o lugar da AB no conjunto das redes de saúde e no SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que regulamentou a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceu que a AB deva ser um elemento essencial e indispensável da região de saúde. Definiu ainda a AB como ‘porta de entrada’ do sistema e ordenadora do acesso ‘universal e igualitário’ às ações e aos serviços de saúde da rede. O conjunto das portarias que instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), posteriores ao decreto, reconheceram este papel da AB, de porta de entrada e de primeiro contato preferencial do sistema (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A nova PNAB (BRASIL, 2011c), pactuada e publicada em 2011, define a AB como um conjunto de ações de saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que melhore a situação de saúde das pessoas, amplie a autonomia dos usuários e enfrente os determinantes de saúde das coletividades. Deve articular práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais deve assumir a responsabilidade sanitária e utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas, que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Prevê que seja desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, e reafirma os princípios e atributos de ‘contato preferencial dos

usuários’, principal ‘porta de entrada’ e ‘centro de comunicação’ da RAS. Aponta ainda que, para efetivar a integralidade, deve realizar ‘gestão do cuidado’ do usuário ‘coordenando o cuidado’ do mesmo no conjunto da RAS, mesmo quando ele necessita ser cuidado em outros Pontos de Atenção (PPAA).

Ante todas essas questões, cabe formular as seguintes perguntas: O que significa ser a AB ordenadora da rede e coordenadora do cuidado? O quanto a AB, na realidade, cumpre ou não este papel? Que políticas públicas nacionais foram desenvolvidas para fazê-la avançar nessa direção? Problematizaremos estas questões neste artigo.

## **O que é ordenar a rede e coordenar o cuidado? Isso é um papel da AB?**

Chueiri (2013) entendeu que a ordenação do cuidado a partir da AB pressupõe que o planejamento dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado e organizado levando-se em conta as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, têm na AB seu local privilegiado de identificação. Na AB, além do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população, a identificação das necessidades seria realizada através da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação longitudinal com a população.

A coordenação do cuidado é para Chueiri, ao considerar os conceitos de Starfield (2002), McDonald (2010) e da PNAB (BRASIL, 2011c), uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa, com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede, com o objetivo de garantir que o usuário receba o cuidado que necessita. Englobaria assim, parte dos conceitos de acesso e integralidade.

Hartz e Contandriopoulos (2004) formulam conceito semelhante entendendo que se trata da coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), em sua proposta de

reorganização dos sistemas nacionais de saúde, é a AB que deve ser pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, pela posição de centralidade que deve ter na constituição das redes de cuidado. Posição reforçada por Starfield (2002), para quem cabe à AB coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde.

Críticos a isso, Cecílio *et al.* (2012) entendem que, apesar de todos os esforços, parece nunca se ter plenamente alcançado a promessa colocada na AB, de funcionar como porta de entrada preferencial para o conjunto dos serviços de saúde. Segundo os estudos do grupo, há uma importante distância entre a idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado.

Já Almeida *et al.* (2010) formulam um conceito que parte da compreensão de que a coordenação do cuidado seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Porém, reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB nesse atributo. Para elas, a coordenação entre níveis assistenciais seria a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Os conceitos mencionados acima não diferem significativamente entre si, contudo, há uma polêmica sobre se a AB deve e consegue, ou não, ser a ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Entendemos que a AB deva ser a porta de entrada preferencial do sistema, mas não exclusiva, conforme normatiza o próprio Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Para nós, o sistema deve ser ordenado em função das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população de um território determinado e a AB tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação destas necessidades. E, com Almeida *et al.* (2010), compartilhamos a ideia de que a coordenação do cuidado deve ser um atributo do sistema, tendo a AB papel importante na garantia desse atributo, mas também não exclusivo. Todos os serviços têm que buscar a integralidade e contribuir para que o usuário tenha seu cuidado coordenado de forma sistêmica. Há ainda uma maior responsabilidade naquele serviço que realiza cuidado prolongado, seja UBS, Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS), maternidade, equipe de Atenção Domiciliar, ambulatório de reumatologia, enfermaria de oncologia etc.

## **Que elementos podem nos ajudar a analisar o grau em que a AB ordena a rede e coordena o cuidado?**

Buscaremos, no presente artigo, analisar em que grau a AB consegue ordenar a RAS e coordenar o cuidado, e identificaremos ações da Política Nacional de Saúde (PNS) que tentam fazer com que a AB avance nesta direção. Partindo dos conceitos trabalhados na seção anterior, identificamos nos resultados da avaliação do primeiro ciclo do PMAQ evidências de como e quanto a AB cumpre os atributos de ordenação e coordenação.

Para Pinto, Souza e Ferla (neste número), o PMAQ é um amplo processo de mobilização – de trabalhadores, gestores das três esferas de governo e usuários – que objetiva a promoção de mudanças no processo de trabalho, com impacto no acesso e na qualidade dos serviços, articulado a um processo de autoavaliação e avaliação em várias dimensões, vinculadas ao repasse de recursos em função do desempenho alcançado na implantação e no desenvolvimento dos elementos avaliados. Para esses autores, o programa sugere e valora diretrizes de ação e resultados desejáveis para as situações problematizadas, ainda que com amplo espaço para as singularidades de cada contexto e prioridades definidas por cada coletivo local. Cumpre ainda o papel de avaliar o grau de implantação de diversas ações propostas por ele próprio e pela PNS.

Conforme Pinto, Souza e Florêncio (2012), o primeiro ciclo do PMAQ, que compreendeu o biênio 2011-2012, teve a participação e a avaliação de 17.202 EAB (cerca de 53% das existentes no período), de aproximadamente 71% dos municípios do País. Foram entrevistados cerca de 65 mil usuários no processo de avaliação realizado por equipes de avaliadores ligados a mais de 40 universidades públicas e à FIOCRUZ e suas unidades descentralizadas. Com efeito, trabalhar os resultados da avaliação do PMAQ talvez seja o melhor modo disponível de compor um quadro transversal de 53% das EAB do País que aponte o grau em que as mesmas buscam ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado. Assim, este artigo trabalhará com dados secundários da base de dados da avaliação externa do PMAQ no seu primeiro ciclo, cujo trabalho de campo foi realizado em 2012.

Com relação à amplitude do conceito de ordenação que consideraremos para a identificação de dados no PMAQ, tomaremos a dimensão da ordenação do acesso à RAS, conforme o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que enfatiza a dimensão relacionada ao acesso às UBS e delas, a outros serviços da RAS, dimensão melhor avaliada no programa.

Utilizaremos também o relatório da *Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS: Atenção Básica e Urgência/Emergência* (BRASIL, 2012), realizada pelo MS na segunda metade de 2011, que ouviu 28.449 cidadãos e avaliou acesso, uso e satisfação dos usuários com os serviços ofertados nas UBS e nas urgências e emergências.

No que diz respeito à coordenação do cuidado, buscamos, na avaliação do PMAQ, elementos relacionados direta ou indiretamente com esse atributo, em especial nas seções denominadas ‘Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde’ e ‘Integração da Rede de Atenção à Saúde: Ordenamento e Definição de Fluxos’ (BRASIL, 2011e). É nestas seções que o programa busca, ao mesmo tempo, afirmar a importância, induzir que as EAB avancem nessa direção e avaliar como estavam e o quanto avançaram.

Além disso, identificamos na PNS estratégias que buscam fortalecer a AB na perspectiva dos atributos estudados neste artigo. Para isso, levamos em conta a sistematização de Almeida *et al.* (2010), identificando estratégias utilizadas pelos processos de reforma para potencializar a capacidade dos sistemas de saúde, de melhorar a coordenação entre níveis assistenciais. Almeida *et al.* (2010) destacaram a organização dos fluxos para Atenção Especializada (AE), hospitalar e de urgência/emergência; o estudo sistemático dos encaminhamentos para serviços especializados realizados pelos profissionais da AB; o desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica, como protocolos, inclusive, de acesso à AE; o monitoramento das filas de espera para AE; a garantia de acesso e utilização dos serviços de apoio à diagnose e à terapia e consultas especializadas; a integração de instrumentos de comunicação e referência entre os serviços de saúde; a estrutura e organização do sistema de regulação e marcação de consultas e exames especializados da rede de serviços; e o grau de tomada de decisão na AB e mobilização de decisão compartilhada de recursos a partir dela.

É com base nessas contribuições que vamos identificar ações do MS, após publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e da PNAB, que apontam para ações que enfrentam os problemas e avançam para o fortalecimento da AB nos atributos considerados.

Por fim, utilizaremos também o resultado do questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais de cada um dos municípios participantes entre o primeiro e o segundo ciclo do PMAQ. Respondido por gestores de 2.336 municípios (59% do total de participantes do primeiro ciclo), traz a percepção dos mesmos sobre o que avançou em suas UBS, comparando com o período imediatamente anterior à adesão (SOUZA, 2013).

## **O quanto a AB cumpre ou não os papéis de ordenação e coordenação e que estratégias o MS vem desenvolvendo para fortalecê-la nesta direção?**

### **Porta de entrada preferencial da RAS?**

Sob o ponto de vista da rede de serviços de AB disponível no País, há condições desta mesma AB ser, de fato, a ‘porta de entrada’ da RAS: o PMAQ mostrou que o Brasil tinha quase 40 mil UBS em 2012 (SOUSA, 2013), distribuídas em todos os municípios do País. Mas o serviço mais capilarizado do SUS está geograficamente acessível aos usuários? A pesquisa com os usuários (BRASIL, 2012) mostrou que sim, quando 87% deles responderam que demoravam até 30 minutos para chegar à UBS mais próxima e apenas 4% gastavam mais de uma hora.

Mas os usuários que buscam, conseguem realmente usar o serviço? A mesma pesquisa mostrou que 85% dos entrevistados foram atendidos, ao menos uma vez nos últimos 12 meses, em uma UBS, enquanto que nos serviços de urgência este número foi de 40%. Outro achado importante da pesquisa se refere ao tempo de espera para ser atendido na UBS após ser escutado e identificar a necessidade da consulta: 51% dos usuários foram atendidos no mesmo dia; para 19%, esse tempo foi de até 1 semana; para outros 15%, entre 1 semana e 1 mês; e, por fim, 13% só conseguiram ser atendidos após 1 mês.

É difícil analisar estes números, tanto pela falta de padrão e linha de base nacional para o tema quanto pelo fato de cada tempo de espera ter que ser avaliado

em função de urgência, risco e oportunidade de atendimento da necessidade de saúde que motivou a procura pela consulta. Contudo, podemos fazer três afirmações: o significativo número de consultas no mesmo dia sugere uma UBS com porta aberta e capacidade de ofertar atendimento conforme a necessidade aguda do usuário; por outro lado, mais de 30 dias é um tempo excessivo para se aguardar uma consulta em uma AB que pretende ser porta de entrada preferencial; contudo, é um indicador razoável o fato de que 85% dos usuários tenham conseguido ser atendidos antes desse tempo.

É possível identificar duas ações do MS que impactam nos aspectos tratados até o momento. O Requalifica UBS, criado em 2011, que garantiu recursos para a ampliação da rede de UBS com a construção de 10 mil novas unidades e a ampliação da área física de outras 9 mil (PINTO; MIRANDA JR.; KOELNER, no prelo). O Brasil já tinha uma UBS para cada cinco mil pessoas, e com o programa poderá chegar a uma para cada quatro mil. Outra ação é a implantação do acolhimento (BRASIL, 2011a), que objetiva qualificar o acesso, considerando critérios de risco e vulnerabilidade na definição do tempo e do modo de se atender o usuário. São ações normativas, como a PNAB (BRASIL, 2011c), passando pela oferta de apoio técnico e institucional à implantação, até o fato de a implantação do acolhimento ser um dos padrões induzidos, avaliados e valorizados pelo PMAQ.

Pinto, Souza e Ferla (neste número) mostraram que o incremento da implantação do acolhimento é um dos mais perceptíveis efeitos do PMAQ: 80% das EAB afirmam ter implantado o acolhimento e 88% dos gestores relataram grande ou moderada redução nos tempos de espera nas UBS das EAB participantes do PMAQ, percentual próximo aos que apontaram ampliação forte ou moderada da quantidade de pessoas atendidas.

Sabemos que um fator fundamental para a legitimidade dos serviços de saúde é sua capacidade de atender de modo oportuno a demanda de um usuário, em especial, acolher os sofrimentos agudos dos usuários que buscam o serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Assim, a implantação do acolhimento, tanto por qualificar o acesso quanto por ampliar a legitimidade da UBS, faz a AB avançar na perspectiva de ser a porta de entrada preferencial da RAS.



## **A AB coordena o cuidado dos usuários atendidos nas UBS?**

O PMAQ buscou analisar tanto a coordenação do cuidado daqueles usuários cujo cuidado é desenvolvido na própria UBS quanto os que precisam, em algum momento, de ações desenvolvidas em outros serviços da RAS. Percebemos que o programa usou como analisador tanto elementos verificáveis da organização do atendimento de usuários que precisavam de cuidado continuado – fossem gestantes, crianças com menos de 2 anos de idade ou pessoas com doenças crônicas – quanto entrevistas com usuários que se encaixavam nessas condições (BRASIL, 2011e).

Identificar, na análise do cuidado aos usuários com problemas crônicos, potências e deficiências na coordenação do cuidado e na ordenação do acesso à rede é uma percepção e opção metodológica presente também, de modos diferentes, nos estudos tanto de Giovanella (2011) quanto de Cecílio *et al.* (2012). Para Giovanella, os agravos crônicos têm prevalência crescente e são pouco responsivos à atenção médica contemporânea, caracterizada como fragmentada, excessivamente especializada e organizada de modo a responder a problemas agudos, não garantindo atenção integral ao paciente crônico. Para responder melhor aos agravos crônicos, é necessário que os serviços de saúde sejam mais integrados e coordenem melhor o cuidado. Para Giovanella, é justamente nesta tentativa que, em todo o mundo, têm se desenvolvido estratégias de coordenação do cuidado e de regulação do acesso aos demais PPAA da RAS. Já Cecílio *et al.* (2012) optaram metodologicamente por entrevistar e reconstruir as trajetórias de cuidado de usuários ‘grandes utilizadores’ dos serviços de saúde, o que recaiu, na maioria das vezes, em usuários com condições crônicas.

O PMAQ interrogou em que medida as EAB conheciam, acompanhavam, estratificavam risco e programavam suas ações para os usuários e grupos que precisam de cuidado continuado. Identificou-se que 61% das EAB tinham registro das gestantes de alto risco no território e 77% programavam as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) em função da estratificação de risco dos usuários, mas só 48% mostraram ter registro das pessoas com HAS com maior risco e gravidade. Esses números se mostraram semelhantes para as pessoas com *diabetes mellitus* (DM), sendo, respectivamente, 77% e 52%. Quando foram interrogados se já saíam da consulta com a próxima marcada, 58% dos usuários com HAS e 55% dos com DM responderam negativamente.

O acompanhamento desses usuários piora quando é necessário realizar ações em outros PPAA. Apenas 38% das EAB disseram, e conseguiram comprovar, que mantêm registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Tratando-se de um grupo mais clássico de programação e mais ‘protocolável’, como é o caso da prevenção, controle e tratamento do câncer de colo, 77% das EAB conseguiram mostrar que possuem registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e 62% mostraram que realizavam o seguimento dessas usuárias após a realização do tratamento em outro PPAA.

Os resultados mostram que há clara deficiência na coordenação do cuidado e também na gestão clínica de casos que necessitam de cuidado continuado. Embora essas ações sejam, há muito tempo, pauta dos processos formativos e também de protocolos, o que percebemos é que há uma diferença importante entre ‘o que deveria ser’ e ‘o como ocorre de fato’.

Há, no MS, uma aposta na organização do cuidado às doenças crônicas não só pela prevalência e pela importância, mas por ela demandar outro tipo de cuidado com mais vínculo, mais investimento na autonomia do usuário, com maior fortalecimento da dimensão pedagógica, maiores níveis de integralidade e maior coordenação do cuidado e articulação entre os serviços – um potencial importante para integrar a AB à AE sob uma nova perspectiva (MAGALHÃES JR *et al.*, 2013). Portanto, uma atenção que interroga a prática de cuidado e exige mais da clínica, da organização da atenção e gestão do cuidado, aconteça ela na AB ou num serviço da AE.

O PMAQ já é uma iniciativa que busca avançar nessas dimensões, mas, além dos padrões que ele induz à implantação, existe uma série de iniciativas que envolvem desde estratégias de comunicação entre profissionais de diferentes PPAA, passando pela educação permanente dos profissionais, até a implantação de novos dispositivos de regulação do acesso. Veremos isso nas próximas seções.

## **A capacidade da AB de ordenar o acesso à RAS**

Utilizando o PMAQ para avaliar como têm acontecido, nos serviços de AB, algumas das estratégias pró-coordenação do cuidado sistematizadas por Almeida *et al.* (2010), identificamos que apenas 56% das EAB possuíam documentos que normatizavam referências e fluxos entre AB e AE para os atendimentos de usuários.

Buscando induzir a prática de orientação dos encaminhamentos com base na pactuação de fluxos e critérios entre serviços da RAS, o PMAQ identificou que apenas 43% das EAB possuíam documento cujo objeto era a orientação sobre a priorização de casos a serem encaminhados. Perguntadas se coordenavam a fila de espera e acompanhavam os usuários com HAS e DM que necessitavam de consultas e exames na AE, o pequeno número de 28% e 21% das EAB, respectivamente, respondeu positivamente à questão e conseguiu demonstrar isso aos avaliadores.

Nas entrevistas do PMAQ realizadas com os usuários, encontramos que 69% dos entrevistados que precisaram acessar outros serviços disseram que a UBS ‘sempre’ consegue marcar a consulta necessária com outros profissionais ou especialistas; outros 19% responderam que ‘algumas vezes’; e apenas 13%, que ‘nunca’. Perguntados, em sequência, sobre o modo de obter esse acesso, 14% dos usuários disseram ter saído da UBS com a consulta já agendada; para outros 49%, a consulta foi marcada pela UBS e eles foram informados disso posteriormente; e para 37%, a consulta teve que ser marcada pelo próprio usuário em outro serviço, em uma central ou de outro modo.

Os dados mostram importante acesso a ações de diagnóstico e tratamento na AE dos usuários com problemas que exigem cuidado continuado. Contudo, o modo como acontece este acesso e a insuficiência de construções normativas que orientem o acesso e o trânsito dos usuários na rede, parecem revelar uma AB que, na maior parte dos casos, não está organizada para ordenar o acesso aos demais PPAA da RAS.

A implantação desses dispositivos é mais do que a formulação ou implantação de documentos e procedimentos técnicos, que poderiam ser adaptados de outros municípios. Exige a construção e a pactuação real de fluxos, critérios e normas de comunicação, acesso e cuidado entre serviços e profissionais (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2003). Além disso, para que a ordenação do cuidado seja feita a partir da AB, é necessário empoderar os profissionais e gerentes das unidades básicas de saúde para que possam tomar decisões que resultem na garantia de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis em outros pontos de atenção da rede (ALMEIDA *et al.*, 2010). Esses e outros achados apresentados à frente, a princípio, mostram que tal empoderamento é minoritário. Por hora, assim como observaram Cecílio *et al.* (2012), parece que predomina a opção de depositar em outro local do sistema, que não a AB, a decisão de ‘como’ e ‘quem’ segue a linha do cuidado

(FRANCO; MAGALHÃES JR., 2002).

## **Coordenação do cuidado, comunicação e troca de saberes na RAS**

Chueiri (2012) defendeu que, além de fluxos organizados, é necessário acesso à informação e diálogo entre profissionais e serviços para dar condições às EAB de se responsabilizarem pelo cuidado do usuário no seu caminhar pela RAS. Também Almeida *et al.* (2010) destacaram que diversos estudos mostram que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para a organização e gestão do cuidado. Para elas, o investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como a informatização dos prontuários e outras medidas que garantam a continuidade informacional, são iniciativas pró-coordenação importantes em diversas experiências. Apontam que o desafio parece ser integrar esse investimento à AE e aos demais prestadores, tanto privados como de outras esferas de governo.

Considerando essas contribuições e compreendendo a importância de se combinar estratégias e dispositivos para avançar nos atributos debatidos neste artigo, selecionamos mais uma vez nos resultados do PMAQ elementos que mostram como está a AB hoje, segundo esta perspectiva. Os dados da avaliação mostram uma AB pouquíssima informatizada – apenas 14% das EAB mostraram ter prontuário eletrônico. De outro lado, dos locais informatizados, 79% estavam integrados a outros serviços da RAS, o que possibilita troca de informações entre profissionais e serviços, úteis à coordenação do cuidado.

A pouca informatização se reflete na falta de informação, por exemplo, sobre usuários de maior risco encaminhados para outros PPAA. Apenas 38% das EAB mostraram manter registro desses usuários, o que reforça que, uma vez que o usuário foi encaminhado à AE, tem-se dificuldade de coordenar o cuidado do mesmo e até de acompanhar a situação deste usuário para saber se conseguiu realizar a consulta, procedimento ou tratamento necessário.

Contudo, sabemos que mesmo sem prontuário eletrônico e sem registro sistemático, podemos ter situações em que este cuidado é coordenado, ou ao menos acompanhado, através de múltiplas formas de diálogo entre os profissionais de diferentes serviços. Nesta linha, o PMAQ também perguntou sobre a frequência do

contato que os profissionais da AB mantinham com os da AE para troca de informações relacionadas ao cuidado. Apenas 15% disseram que faziam isso ‘sempre’. Outros 52% responderam ‘algumas vezes’ e expressivos 33% responderam ‘nunca’. Quando a pergunta a esse mesmo profissional foi invertida, ou seja, qual a frequência que os profissionais da AE comunicavam com eles, os números pioraram: o ‘sempre’ caiu para apenas 6%; ‘algumas vezes’ chegou a 42%; e ‘nunca’ atingiu expressivos 52%. Os três modos mais frequentes que foram relatados através dos quais esta comunicação era realizada foram: o instrumento de referência e contrarreferência (em 83% das EAB), a discussão de casos (35%) e a realização de reuniões técnicas com especialistas da rede (26%).

Assim, se antes vimos a insuficiência de bases normativas para que a coordenação e a troca acontecessem, agora identificamos também a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre os profissionais dos diferentes PPAA para que se efetivem lógicas de coordenação do cuidado, ou ainda, cuidado compartilhado ou, pelo menos, acompanhamento do cuidado.

Os dados do PMAQ mostram que os usuários também percebem a insuficiente continuidade das informações. Mesmo quando atendidos na mesma UBS, 32% disseram que os profissionais nunca lembram os acontecimentos da última consulta. Por outro lado, 48% disseram que ‘sempre’ lembram e outros 16%, que lembram só ‘às vezes’. Quando se perguntou aos usuários se quando foram atendidos por outros profissionais fora da sua UBS, sua EAB conversou com eles sobre o atendimento, 47% disseram que não; 13% disseram que só algumas vezes; e 40% responderam que todas as vezes.

O PMAQ focou ainda nos casos mais complexos, tentando revelar os modos como os profissionais de diferentes serviços dialogam, trocam saberes, compartilham decisões, buscando a qualificação da atenção e a coordenação do cuidado. Assim, quando perguntou se, para resolver os casos mais complexos, os profissionais da AB recebiam apoio de outros profissionais, 89% das EAB responderam que sim. Quando interrogados sobre quem realizava esse apoio, 64% das EAB disseram que o recebiam de profissionais dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional prevista na PNAB cuja função é realizar apoio matricial às EAB através de discussão de casos, realização de interconsulta, cuidado compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos e realização de atividades de educação

permanente, e apoio à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2014). Dentre as EAB, 48% apontaram que já haviam recebido apoio dos CAPS, o terceiro mais citado. Mas, a maioria (76%), afirmou ter recebido apoio de especialistas da rede, estivessem eles na própria UBS, em outra, ou em serviços especializados ou só com esta atribuição designada pela gestão.

O PMAQ buscou saber também quais eram os profissionais desses serviços que apoiavam as EAB. Dentre os profissionais do NASF, se destacaram: psicólogo (54% das EAB referiram ser apoiadas por eles), fisioterapeuta e nutricionistas (ambos com 50%) e assistente social (42%). No CAPS, o destaque foi para: psicólogo (20% das EAB), psiquiatra (19%) e assistente social (16%). Por fim, entre os especialistas da RAS, chama a atenção o apoio do: ginecologista (62% das EAB), pediatra (54%), fisioterapeuta (50%), psicólogo e assistente social (ambos citados por 49% das EAB).

Nos casos do NASF e do CAPS, podemos imaginar que parte significativa destes profissionais realiza o apoio matricial previsto como diretriz destes serviços (BRASIL, 2014). Já no caso dos especialistas da rede, seria necessário um aprofundamento sobre o quanto desse ‘apoio’ ocorre nos moldes do apoio matricial e o quanto se deve ao simples apoio para atender usuários encaminhados ou mesmo à discussão de alguma conduta. Fato é que a AB se mostrou muito mais multiprofissional e com presença bem maior de médicos das especialidades básicas do que um olhar apenas sobre as equipes de saúde da família faria crer.

Com o intuito de identificar ações da PNS que buscam enfrentar essas dificuldades, em primeiro lugar, é perceptível o esforço do MS para a informatização das UBS (BRASIL, 2011d) e na implantação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2013). A partir de 2011, foram disponibilizados recursos, fundo a fundo, para investimento na informatização. Em 2013, foi disponibilizado, gratuitamente, um prontuário eletrônico público, o eSUS AB. E em 2014, está prevista a ligação de 14 mil UBS, com banda larga, custeada pelo MS (SOUSA, 2013). Essas ações, além de facilitarem a educação permanente, a pesquisa e a comunicação com outros profissionais e serviços da RAS, buscarão viabilizar o uso do eSUS, que foi desenvolvido com uma série de funcionalidades dirigidas justamente à gestão do cuidado, do cuidado compartilhado, da coordenação do cuidado e até da microrregulação, a partir da AB (SOUSA, 2013).

Outra estratégia que mobiliza esforços importantes do MS, por todo o papel esperado apontado acima na qualificação do cuidado e na educação permanente e no diálogo dos profissionais, é a indução à implantação dos NASF. Além do reforço à implantação, da ampliação do escopo e do aumento do custeio – que fez com que se saísse de aproximadamente 1,7 mil NASF, em dezembro de 2010, para mais de 3 mil, três anos depois (PINTO; MAGALHÃES JR.; KOELNER, no prelo) –, foi realizado importante investimento na orientação técnica e na oferta de cursos de formação para os profissionais do NASF.

Além disso, o MS vem estimulando e expandido também o Telessaúde como estratégia importante para o desenvolvimento de ações de apoio matricial, formação e educação permanente, apoio clínico e a teleconsultoria, propriamente dita, visando à melhoria da qualidade do atendimento, à ampliação da resolubilidade e do escopo de ações ofertadas pelas EAB, e à mudança das práticas de atenção e organização do processo de trabalho (BRASIL, 2011d). Aposta em uma estratégia que busca dar mais porosidade à relação da AB e da AE, circulando saberes em vez de usuários, de modo que se favoreça o aprendizado, amplie a resolubilidade, desenvolva o cuidado compartilhado mediado por TIC e evite cada vez mais encaminhamentos à AE.

Os resultados dessa estratégia já são perceptíveis. Pinto *et al.* (neste número), trabalhando os dados do PMAQ relacionados à educação permanente (EP), identificaram que 29% das EAB que responderam realizar ou participar de alguma atividade de EP, disseram usar o Telessaúde. Foi a atividade de EP mais citada pelas EAB e com uma avaliação muito positiva dos resultados.

## **Conclusão**

Os dados trabalhados neste artigo nos mostram uma AB, em 2012, com UBS distribuídas em todo o território nacional, conhecidas pelas pessoas, perto de suas casas e que são, de fato, as portas de entrada mais acessadas dentre os serviços do SUS. Há uma facilitação crescente do acesso ao serviço e seus tempos de espera, já razoáveis, apresentam redução, tanto pelo grande investimento na ampliação da oferta quanto pela indução da implantação de dispositivos organizacionais de qualificação do acesso, como o acolhimento. Portanto, as estratégias em desenvolvimento reforçam ainda mais o papel da AB como porta de entrada preferencial do SUS.

Outro fator importante para que um usuário busque uma UBS é justamente a

expectativa de que seu problema seja resolvido na própria, ou que a mesma possa ajudá-lo a acessar o serviço que supostamente resolveria seu problema, portanto, ela deve ser também resolutiva e porta de entrada para outros serviços do sistema. A pesquisa realizada com os usuários (BRASIL, 2012) mostrou que 60% dos que foram atendidos na UBS consideraram que sua demanda foi resolvida. Outros 25%, que ela foi resolvida parcialmente e, para apenas 14%, ela não foi resolvida. Expressivos 74% dos usuários recomendariam a UBS em que são atendidos para um familiar ou amigo, sendo que 38% avaliam o serviço como bom e muito bom; 35% como regular; e 28% como ruim ou muito ruim. Essa avaliação positiva da UBS se repete também nas entrevistas do PMAQ quanto à aprovação do serviço, que ultrapassa 80% entre os usuários.

Entretanto, isso não pode esconder problemas importantes, que precisam ser enfrentados para que a AB avance mais nos atributos discutidos neste artigo. Há, ainda, um escopo de ações ofertado pelas UBS que precisa ser ampliado. O PMAQ mostrou que, além das consultas básicas que todas oferecem, uma média entre 80% e 100% das UBS oferta ações de imunização, dispensa medicamentos, entrega exames de análises clínicas solicitados por ela mesma, desenvolve ações dos clássicos programas de saúde do adulto, da mulher, da gestante e da criança e, agora, já atende também aos casos agudos. Vale destacar que 90% dos usuários entrevistados afirmaram que conseguem os medicamentos que precisam para HAS ou DM gratuitamente, sendo 69% desses retirados na própria UBS, e apenas 19% dos usuários apontaram dificuldades em receber e saber na UBS sobre os resultados dos exames realizados.

Por outro lado, uma série de procedimentos importantes, relativamente comuns e que poderiam ser oferecidos nas UBS eram oferecidos por menos da metade delas, fazendo com que muitos usuários fossem obrigados a buscar um serviço de urgência. Foram os casos de lavagens de ouvido e drenagens de feridas e abscessos (realizadas por apenas 35% das UBS), suturas de ferimentos (31%) e retiradas de unhas (25%).

Apresentamos, no artigo, ações do MS que tentam enfrentar essas limitações e fomentar a ampliação do escopo de ações da AB, tais como o próprio PMAQ e o Requalifica UBS, que financiou a construção de salas de procedimentos/observação em UBS já existentes e definiu este tipo de ambiente como padrão nas novas



financiadas pelos MS (SOUSA, 2013). No questionário aplicado aos gestores, vimos que para 90% deles houve ampliação dos procedimentos ofertados nas UBS em que havia equipes participantes do PMAQ. Porém, será necessário comparar as mudanças ocorridas nas UBS nos quase dois anos que separam a avaliação do primeiro e do segundo ciclos para que se possa fazer afirmações mais conclusivas.

Os resultados mostram também condições evidentemente insuficientes para a realização da coordenação do cuidado dos casos que demandam cuidado continuado, mesmo quando seu tratamento ocorre somente na UBS. Esse é um resultado preocupante, quando percebemos que é justamente esse tipo de cuidado que será cada vez mais demandado com o envelhecimento da população, com o aumento da carga de doenças crônicas, com a progressão da obesidade e do sedentarismo e com o aumento da prevalência das doenças mentais e do uso abusivo de drogas.

A situação piora quando a AB é exigida no seu papel de ordenar o acesso à RAS e coordenar o cuidado ao longo da linha deste cuidado. Apesar de toda intenção e discurso, os dados revelaram que as AB, de modo geral, ainda não estão organizadas nem empoderadas para estes dois papéis: pouco informatizadas e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; têm poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõem de normas, fluxos e mecanismos que lhes permitam gerir e decidir o encaminhamento do usuário; têm insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, e muito menos de acompanhamento da coordenação do cuidado.

Em compensação, a AB é cada vez mais multiprofissional, a informatização é crescente, o uso das TIC para o diálogo já é relevante e cada vez há mais facilidade para utilizar estratégias de comunicação e compartilhamento de decisões com estratégias como o apoio matricial e a educação permanente, através, em especial, de dispositivos como os NASF e o Telessaúde.

Além disso, com tudo o que foi discutido neste artigo, fica evidente que há, por parte da PNS, um diagnóstico cada vez mais preciso e abrangente produzido por uma série de iniciativas de avaliação e pesquisa sistemáticas, desenvolvidas a partir de 2011. Mostramos também que, para cada elemento identificado como nó crítico, há tanto ações de qualificação do diagnóstico como estratégias, em desenvolvimento e

implantação, que visam ao enfrentamento do problema e cujos impactos deverão ser avaliados nos próximos anos.

Vale fazer por fim, quatro observações: em primeiro lugar, vimos que, de um lado, a AB é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela precisa ainda ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal ordenadora do acesso à RAS e para ter condições, tanto de gerir o cuidado do usuário atendido exclusivamente por ela quanto de assumir papel mais importante na coordenação do cuidado quando o usuário percorre a RAS. Reforçamos que nossa compreensão de que o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário exige que cada serviço deva se organizar e se articular para isto, ainda que o papel da AB, neste contexto, deva ser destacado conforme o debatido acima. Em segundo lugar, em decorrência da observação anterior, é necessário que a política de AE seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede. É fundamental que sejam implantados dispositivos, tais como: territorialização e regionalização; referência e apoio matricial às UBS vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a AB de fluxos, critérios e modos de cuidar; comunicação, informação e regulação compartilhada; equipes incumbidas de analisar, monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado na AE – em especial, de usuários com alto risco e necessidade de cuidado continuado –, com atribuição de transferir o vínculo para as EAB sempre que for possível e melhor para o usuário. Em terceiro, é importante destacar que, por utilizar dados majoritariamente do PMAQ, este artigo captou macro e meso processos na maioria das vezes relacionados à organização do processo de trabalho, aos modos como esse se cristaliza e pode ser percebido e interrogado em uma avaliação da natureza do PMAQ. Isso não faz com que os autores desconheçam ou relevem a necessidade de que, para a AB avançar nos atributos necessários, é preciso, além de contar com tudo o que foi dito, ter EAB mobilizadas, motivadas, com capacidade de realizar e gerir esses processos na micropolítica (MERHY, 2002) cotidiana do processo de trabalho de cada um desses serviços.

Por fim, não são poucos os estudos que percebem e reforçam o papel cada vez mais importante dos usuários que vêm se responsabilizando e tentando coordenar o seu próprio cuidado, fazendo escolhas entre serviços, construindo pactos e

compartilhando informações com diferentes profissionais, mudando fluxos e desenhando caminhos nas redes. Assim, pensar em coordenação do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais.

## **Bibliografia**

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> Acesso em: 6 de junho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)>. Acesso em: 6 de junho de 2014..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 6 de junho de 2014..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554\\_28\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html)>. Acesso em: 6 de junho de 2014..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica*. Brasília, DF: 2011a. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramenta para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília, DF: 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 39, Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS: Atenção Básica e Urgência/Emergência*. Brasília, DF: 2012.

CECÍLIO, L. C. O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012.

CHUEIRI, P. S. *Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária no Brasil*. 2013. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun., 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR. H. M. A integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 125-133.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1081-1096, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. Supl, p. 331-336, 2004.

MAGALHÃES JR. *et al.* *Integração da Atenção Básica com a Atenção Especializada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 43 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

MCDONALD, K. M. *et al.* *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4).

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., Ago. 2012.

PINTO, H. A. *Avaliando alguns resultados do PMAQ*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 50 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint

PINTO, H. A.; MAGALHÃES JR.; H. M., KOERNER; R. S. *A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014*. No prelo.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Divulgação em Saúde Para Debate*. Neste número.

PINTO, H. A.; SALES, M. J. T.; OLIVEIRA, F. P.; BRIZOLARA, R.; FIGUEIREDO, A. M.; SANTOS, J. T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulgação em Saúde Para Debate*. Neste número.

PINTO, H. A.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; FLORÊNCIO, A. R.; MATOS, I. B.; BARBOSA, M. G.; STÉDILE, N. L. R.; ZORTEA, A. Atenção Básica e Educação Permanente em saúde: cenário apontado pelo PMAQ. *Divulgação em Saúde Para Debate*. Neste número.

SOUSA, A. N. *O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 35 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.