



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E
BIOLÓGICAS**

LUIZ MIGUEL GOMES BARBOSA

**PROCESSO DE TRABALHO, ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, DO CUIDADO E
INDICADORES DE SAÚDE: UMA ANÁLISE EM REDES A PARTIR DO PMAQ-AB
E VIGITEL**

**PETROLINA (PE)
2023**

LUIZ MIGUEL GOMES BARBOSA

**PROCESSO DE TRABALHO, ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, DO CUIDADO E
INDICADORES DE SAÚDE: UMA ANÁLISE EM REDES A PARTIR DO PMAQ-AB
E VIGITEL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Ferdinando Oliveira Carvalho
Coorientador(a): Prof.^a Dra. Margaret Olinda de Souza C. e Lira

PETROLINA (PE)

2023

Barbosa, Luiz Miguel Gomes
B238p Processo de trabalho, organização do serviço, do cuidado e indicadores de saúde: uma análise em redes a partir do PMAQ-AB e VIGITEL / Luiz Miguel Gomes Barbosa. – Petrolina-PE, 2023.
xiii, 88 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2023.

Orientador (a): Prof. Dr. Ferdinando Oliveira Carvalho.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde - Avaliação. 3. Indicadores Básicos de Saúde. I. Título. II. Carvalho, Ferdinando Oliveira. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.1072

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO PÓS-
GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUIZ MIGUEL GOMES BARBOSA

**PROCESSO DE TRABALHO, ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO, DO CUIDADO E
INDICADORES DE SAÚDE: UMA ANÁLISE EM REDES A PARTIR DO PMAQ-AB
E VIGITEL**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase na linha de pesquisa: Saúde, Sociedade e Ambiente, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 15 de setembro de 2023

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **FERDINANDO OLIVEIRA CARVALHO**
Data: 18/09/2023 10:43:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ferdinando Oliveira Carvalho, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

Documento assinado digitalmente
 **VALTER CORDEIRO BARBOSA FILHO**
Data: 18/09/2023 12:23:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Valter Cordeiro Barbosa Filho, Doutor
Instituto Federal do Ceará – IFCE

Documento assinado digitalmente
 **RICARDO ARGENTON RAMOS**
Data: 18/09/2023 11:07:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ricardo Argenton Ramos, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univasf

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por guiar meus caminhos e propiciar a força necessária para realização dos meus sonhos.

A minha mãe Creusa Maria e minha vó Eurides Maria, por terem sido a luz que direcionou minha vida. Onde vocês estiverem, dedico a vocês mais essa conquista.

Aos meus demais familiares pelo apoio de sempre. Meu pai Miguel Florentino, minha irmã Michele Eurides e minha companheira Ana Paula pelo amor e carinho. Obrigado por tudo.

Aos meus amigos de infância Joellington Silva e André Luiz, que sempre me deram apoio. Estando comigo nos bons e maus momentos de minha vida.

Ao CAPES, professores, técnicos e demais funcionários da UNIVASF e do PPGCSB pelo apoio, suporte, tempo disponibilizado e principalmente pelos ensinamentos compartilhados. Em especial, aos professores Daniel Tenório da Silva, Ricardo Argenton Ramos e Margaret Olinda de Souza Carvalho. Vocês fizeram a diferença.

Aos meus colegas e bons amigos de mestrado, em especial a Fernanda Torres e Vanessa Sena. Sem dúvidas foi construída uma grande parceria e amizade.

Agradeço também aos professores Paulo Felipe Ribeiro Bandeira e Valter Cordeiro Barbosa Filho, pelos ensinamentos e apoio durante o planejamento e construção do meu projeto.

Um agradecimento especial ao professor Ferdinando Carvalho, por ser uma referência, e me direcionar acadêmico e profissionalmente. Agradeço por aceitar o desafio de me orientar, por me instigar a aprimorar minhas capacidades e mostrar as possibilidades de caminhos que posso trilhar. Serei eternamente grato por tudo isso.

Por fim, aos colegas e amigos do trabalho, e a todos os outros que por ventura não estão citados aqui, mas que de alguma forma contribuíram com a minha jornada pessoal, acadêmica e profissional, muito obrigado.

RESUMO

Considerando a importância da adesão de práticas de promoção a saúde na rotina das equipes de atenção básica para a mudança de indicadores de estilo de vida da população, e conseqüentemente a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a aplicação e análise de instrumentos de avaliação e monitoramento voltados aos indicadores de estilo de vida e de processo de trabalho dos serviços de saúde, podem contribuir para seu entendimento e intervenção. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo identificar, a partir da análise em redes, as variáveis do PMAQ-AB voltadas ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado, e as variáveis de indicadores de estilo de vida do VIGITEL, que possuem respectivamente maior influência no resultado da avaliação externa do PMAQ-AB, e na auto avaliação do estado de saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com análise de dados secundários obtidos do 3º Ciclo da Avaliação Externa do Programa Melhoria da Atenção e Qualidade da Atenção Básica, e dos relatórios emitidos pelo instrumento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, sendo a primeira base de dados composta por 38.865 equipes certificadas, e a segunda base composta por 53.034 mil brasileiros que participaram das entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel no ano de 2017. As interações entre as 15 variáveis do Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS e dos 09 Indicadores do Vigitel foram avaliadas. Para isso, foi utilizado o software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 26, e o programa JASP para IOS, versão 0.14, com a finalidade de traçar graficamente as redes e calcular seus respectivos ajustes. Referente aos indicadores do PMAQ-AB, observou-se destaque na adoção das práticas de promoção à saúde pelas EqAB, sendo essa a variável de maior influência nas redes de todo país, o que releva uma possível implicação desta no processo de trabalho e na organização do cuidado das equipes. No tocante aos indicadores Vigitel, observou-se que a inatividade física, assim como a insuficiência, além do alto consumo de bebidas alcoólicas, foram as variáveis de maior influência nas diferentes regiões do país, possuindo ainda forte relação com indicadores de consumo alimentar, e de hábitos danosos a saúde, como a prática do tabagismo. Através dos achados dessa pesquisa, foi possível observar dados que contribuem na consolidação de relações já atribuídas na literatura, como a importância das práticas de promoção à saúde na efetivação do cuidado, todavia, ressalta-se que alguns achados possibilitam levantar discussões sobre relações que vão no sentido contrário ao que é preconizado para a garantia de um cuidado em saúde integral, universal e humanista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doenças Não Transmissíveis. Avaliação em Saúde. Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

Considering the importance of adherence to health promotion practices in the routine of primary care teams to change the population's lifestyle indicators, and consequently, the prevention of Chronic Noncommunicable Diseases, the application and analysis of evaluation and monitoring instruments aimed at indicators of lifestyle and work process of health services, can contribute to their understanding and intervention. In view of this, the present study aimed to identify, based on network analysis, the PMAQ-AB variables focused on the work process, service and care organization, and the VIGITEL lifestyle indicator variables, which have, respectively, greater influence on the result of the external assessment of the PMAQ-AB, and on the self-assessment of health status. This is a descriptive research, with analysis of secondary data obtained from the 3rd Cycle of External Evaluation of the Program for Improving Care and Quality of Primary Care, and reports issued by the Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Survey instrument Telephone, with the first database made up of 38,865 certified teams, and the second database made up of 53,034 thousand Brazilians who participated in telephone interviews carried out by Vigitel in 2017. The interactions between the 15 variables of Module II – Interview with the EqAB professional and verification of documents at the UBS and the 09 Vigitel Indicators were evaluated. For this, the IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 26, and the JASP program for IOS, version 0.14, were used in order to graphically trace the networks and calculate their respective adjustments. Regarding the PMAQ-AB indicators, there was emphasis on the adoption of health promotion practices by EqAB, which is the most influential variable in networks across the country, which highlights a possible implication of this in the work process and organization care of the teams. Regarding the Vigitel indicators, it was observed that physical inactivity and its insufficiency, in addition to the high consumption of alcoholic beverages, were the most influential variables in the different regions of the country, still having a strong relationship with indicators of food consumption and habits harmful to health, such as smoking. Through the findings of this research, it was possible to observe data that contribute to the consolidation of relationships already attributed in the literature, such as the importance of health promotion practices in providing care. However, it is noteworthy that some findings make it possible to raise discussions about relationships that go contrary to what is recommended to guarantee comprehensive, universal and humanistic health care.

Key-words: Primary Health Care. Noncommunicable Diseases. Health Evaluation. Health Status Indicators.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Principais períodos das Políticas de Saúde no Brasil.....	17
Figura 2. Marcos das Políticas de Saúde no Brasil.....	29
Figura 3. Representação do Cenário da DM e HAS no Brasil.....	32
Figura 4. Indicadores de saúde da cidade de Recife-PE segundo relatório do Vigitel entre os anos de 2014-2016.....	35
Figura 5. Rede interligando o mundo subterrâneo, proposta por Kircher.....	48
Figura 6. Esquema de Knigsberg.....	49
Figura 7. Modelo gráfico básico de Rede.....	50
Figura 8. Representação de modelo gráfico de análise de Rede por classificação..	51
Figura 9. Modelo de Redes direcionais.....	52
Figura 10. Representação visual das dimensões dos Indicadores do Vigitel.....	60
Figura 11. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do PMAQ-AB por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.....	63
Figura 12. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do PMAQ-AB por região Sudeste e Sul.....	64
Figura 13. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do PMAQ-AB por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.....	65
Figura 14. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do PMAQ-AB por região Sudeste e Sul.....	66
Figura 15. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.....	68
Figura 16. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.....	69
Figura 17. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.....	70
Figura 18. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do Vigitel por região Sudeste e Sul.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Mudanças no financiamento do SUS a partir da EC-95/2016.....	27
Quadro 2. Síntese de estudos que utilizaram dados do Vigitel.....	37
Quadro 3. Características das fases do PMAQ-AB.....	41
Quadro 4. Síntese de estudos que utilizaram dados do PMAQ-AB.....	44
Quadro 5. Matriz de Adjacência.....	52
Quadro 6. População brasileira distribuída por região, estado e seus municípios...54	
Quadro 7. Proporção de usuários do SUS cobertos por equipes da ESF, segundo as regiões brasileiras no ano 2019.....	55
Quadro 8. Adesão de equipes ao PMAQ-AB e sua distribuição por região no ano de 2019.....	56
Quadro 9. Proporção por região de adesão a entrevista telefônica do Vigitel no ano de 2017.....	56
Quadro 10. Questões dos Indicadores do PMAQ referentes ao Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitários de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemia
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMAQ-AB	Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CF/88	Constituição da Federal de 1988
CC	Circunferências de Cintura
CQ	Circunferências do Quadril
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DMII	Diabetes Mellitus Tipo II
EC	Eletro-convulsoterapia
EC-29/2000	Emenda Constitucional 29
EC-95/2016	Emenda Constitucional 95
EqAB	Equipe de Atenção Básica

EqSB	Equipe de Saúde Bucal
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IDF	Federação Internacional de Diabetes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SPSS	IBM Statistical Package for Social Sciences
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IMC	Índice de Massa Corporal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
Lei 8142/90	Lei Complementar da Saúde
Lei 8080/90	Lei Orgânica da Saúde
MES	Ministério da Educação e Saúde (MES)
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB variável	Piso da Atenção Básica Variável
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PASC	Programa de Agentes Comunitários e Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PAS	Programa Academia da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
GPAQ	Questionário Global de Atividade Física
RCL	Receita Corrente Líquida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPCD	Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 A Saúde Pública no Brasil.....	17
3.1.1 Período Colonial.....	17
3.1.2 Primeira Republica.....	18
3.1.3 Era Vargas.....	20
3.1.4 Autoritarismo.....	21
3.1.5 Nova Republica.....	23
3.1.6 Pós Constituinte.....	23
3.2 Doenças Crônicas não Transmissíveis e a Promoção à Saúde na Atenção Primária à Saúde.....	29
3.3 Vigitel.....	34
3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	40
3.5 Análise de Redes.....	47
4. METODOLOGIA	54
4.1 Desenho do Estudo.....	54
4.2 Local da Pesquisa.....	54
4.3 População e Amostra do Estudo.....	56
4.4 Coleta dos Dados.....	57
4.4.1 Variáveis de Interesse.....	58
4.4.1.1 Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS.....	58
4.4.1.2 Indicadores do Vigitel.....	60
4.5 Análise dos Dados.....	60
4.6 Aspectos Éticos.....	61
5. RESULTADOS	62

5.1 Representação gráfica das redes, medidas de centralidade e parâmetros da matriz de peso dos indicadores do PMAQ-AB por região.....	62
5.2 Representação gráfica das redes, medidas de centralidade e parâmetros da matriz de peso dos indicadores do Vigitel por região.....	67
6. DISCUSSÃO.....	72
7. CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXOS.....	86

3. INTRODUÇÃO

Com a Constituição da Federal de 1988 (CF/88), pela primeira vez na história do Brasil a saúde passou a ser reconhecida como um direito social. Ou seja, algo inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público assegurá-lo mediante políticas econômicas e sociais que objetivem à redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Tal conquista política e social é resultado de um cenário envolto a diversas lutas e esforços empreendidos por meio do movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

Responsáveis pela coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) possuem importante missão na organização e ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, considerando que entre suas atribuições, a intersetorialidade aponta aos profissionais de saúde as ferramentas necessárias para expansão da integralidade do cuidado, através de espaços de negociação para o compartilhamento de saberes e parcerias com a comunidade e os diversos setores da sociedade, como a educação, justiça, cultura, organizações não governamentais, grupos religiosos, instituições privadas e dentre outros (MENDONÇA et al., 2020).

Rompendo com a ideia hegemônica de uma determinação puramente genética e biológica, evidências demonstram que o estado de saúde está intimamente relacionado ao modo de vida das pessoas. No qual, o sedentarismo, a alimentação desequilibrada, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, se apresentam enquanto condicionantes diretamente relacionados as doenças modernas (BRASIL, 2002).

Nesse cenário, a consolidação da APS se destaca como um dos avanços mais relevantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo papel central a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a institucionalização da avaliação da Atenção Básica (AB) pelo Ministério da Saúde (MS), provocando inclusive o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro, acarretando em efeitos positivos sobre a saúde da população, marcando assim uma das inovações mais significativas na APS desde Alma Ata (SILVA et al., 2021).

Portanto, configurando-se enquanto um importante problema de saúde pública, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ganharam destaque ao

longo dos anos nos debates sobre as práticas de saúde e sobre o processo de trabalho desenvolvido no dia a dia das equipes, especialmente no que se refere a APS, já que esta exerce um papel fundamental na promoção a saúde e na prevenção das comorbidades agudas e crônicas, com consequente diminuição do número de hospitalizações e óbitos (LOPES et al., 2022).

Ademais, tendo uma estimativa anual global de óbitos que beira os 41 milhões, o que representa cerca de 70% do total de mortes no mundo, as DCNT também possuem uma elevada carga no Brasil, correspondendo a 74% das mortes prematuras. Todavia, é importante ressaltar que diversas são as iniciativas, no âmbito nacional e mundial para construção de propostas que objetivem a real prevenção e o controle das DCNT (MALTA et al., 2021).

Entre as iniciativas mencionadas acima, estão as direcionadas a prevenção primária aos fatores de risco, representadas através da promoção da atividade física, ações direcionadas a desestimular a prática do tabagismo, estímulo a práticas de alimentação saudáveis, dentre outras mudanças aos fatores comportamentais, exigindo assim um compromisso de gestores, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários, que lidam ainda com barreiras como a disponibilidade de alimentos saudáveis, com a existência de locais para realização de atividades físicas, com os preços estimados por um mercado que só visa apenas o lucro, e com a disponibilidade de itens nocivos, como os cigarros e etc (MEDINA et al., 2014).

Desta forma, frente a importância da avaliação dos indicadores de saúde, assim como dos serviços que os ofertam, enquanto uma medida imprescindível para articulação, organização e monitoramento de políticas públicas de saúde mais realistas e aplicáveis as reais necessidades da população, destacando-se entre os instrumentos de avaliação, dois importantes programas instituídos respectivamente nos anos de 2006 e 2011 para avaliação e monitoramento dos indicadores de estilo de vida da população e do acesso e qualidade aos serviços de saúde, o instrumento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o presente estudo objetivou avaliar, a partir da análise de redes, as variáveis do PMAQ-AB voltadas ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado, e os indicadores do Vigitel voltados ao estilo de vida da população de maior influência nas redes (BRASIL, 2019; LOPES et al. 2022; SILVA et al. 2021).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar, através da análise em redes, as variáveis do PMAQ-AB voltadas ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado, e as variáveis de indicadores de estilo de vida do VIGITEL, que mais influenciam no resultado da avaliação externa do PMAQ-AB, e na auto avaliação do estado de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a magnitude e significância das relações entre os indicadores selecionados do II módulo do 3º Ciclo do PMAQ-AB;
- Descrever a magnitude e significância das relações entre os indicadores selecionados do inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas;
- Avaliar as principais variáveis de intervenção nas redes do PMAQ-AB e Vigitel.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

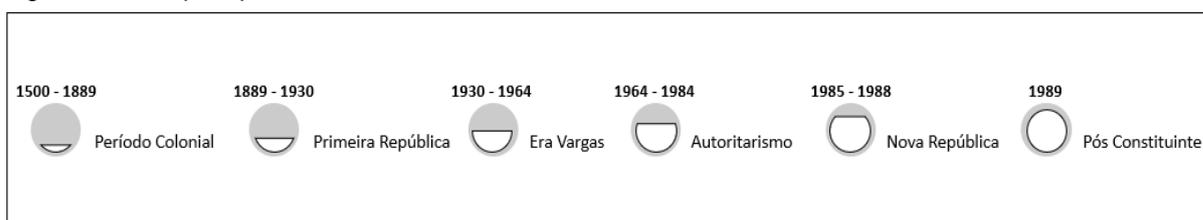
3.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Políticas públicas são entendidas como um conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um dado problema apresentado por uma sociedade (TEIXEIRA et al., 1997). Assim, as políticas públicas são concebidas e implementadas pelo Estado diante o enfrentamento de problemas sociais, dentre eles aqueles relacionados à saúde. Nesse cenário, as políticas de saúde refletem o contexto histórico do período de sua criação, ou seja, a situação econômica, os avanços científicos e a capacidade das classes sociais (ACURCIO et al., 2007).

A formação do SUS emergiu de inúmeros embates políticos e ideológicos, estes, envoltos no decorrer dos anos por diferentes atores sociais. Desse modo, as políticas de saúde e o formato de organização dos serviços partiram de diferentes concepções, tendo uma longa trajetória de formulações e lutas (CUNHA et al., 1998).

Alguns dos aspectos da evolução histórica das políticas de saúde no país são fundamentais para compreensão de sua estruturação, sendo esses sinalizados na figura 1 e sintetizados no decorrer desse trabalho, de acordo com seu período de ocorrência.

Figura 1. Principais períodos das Políticas de Saúde no Brasil.



Fonte: BITTENCOURT et al., 2011.

3.1.1 PERÍODO COLONIAL

O período denominado como colonial (1500-1889), foi marcado pela submissão econômica e política do Brasil a metrópole Portugal, sendo a exploração econômica dada através de ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café. Estes ciclos caracterizavam-se pela extração vegetal (ciclo pau-brasil); por

grandes propriedades escravistas (ciclo cana de açúcar); pelo aumento do desenvolvimento comercial e urbano (ciclo da mineração) e pela estimulação do mercado interno junto ao início das distintas modalidades do trabalho assalariado (ciclo do café) (BERTOLOZZI et al., 1996).

Diante das frequentes epidemias, a assistência à saúde da época era conduzida pelo limitado número de médicos e cirurgiões que atuavam no país por meio de sangrias e purgantes, além dos curandeiros negros e indígenas que recomendavam seus remédios (BITTENCOURT et al., 2011). Ainda nesse período, foi constituída na cidade de Santos, a primeira Santa Casa (1543), sendo outras unidades posteriormente criadas nas cidades de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Assim, ficava a cargo da caridade cristã a assistência aos pobres, abrigando desde indigentes, viajantes e doentes (PAIM, 2009).

Foi nessa conjuntura, que a Saúde Pública do Brasil se viu limitada a intervenções baseadas no pensamento sanitarista, operacionalizando-se no âmbito urbano, devido a comercialização e transporte de alimentos e a cobertura portuária. No entanto, tais medidas adotadas se davam sob forma de pontuais campanhas que duravam apenas até o controle dos surtos existentes a época (BERTOLOZZI et al., 1996).

Diante disso, ao final do Império, a organização sanitária brasileira tinha como principais características um modelo rudimentar e centralizado, incapaz de responder efetivamente às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes de forma universal, sendo a responsabilização dos estados pelas ações de saúde atribuídas apenas com a proclamação da República (PAIM, 2009).

3.1.2 PRIMEIRA REPÚBLICA

Durante a Primeira República, período também denominado como República Velha (1889-1930), existia uma hegemonia econômica do café e a predominância de grupos regionais oligárquicos, com destaque para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (BERTOLLI, 1996). Com a abolição da escravatura em 1888 e a conseqüente crise da mão de obra escrava, foi intensificado no país uma onda imigratória, originários principalmente, da Itália, Espanha e Portugal. Devido o incontável número de imigrantes, as condições sanitárias no Brasil tornaram-se cada vez mais insustentáveis. Nesse cenário, a falta de políticas sociais e de saúde, junto

a precariedade das condições sanitárias, resultou na eclosão de epidemias de febre amarela, peste bubônica e dentre outras (ROSSI et al., 1980).

As epidemias de febre amarela, peste e varíola, acabaram por comprometer a economia agroexportadora, cabendo ao poder público o papel de intervir no saneamento portuário, na adoção de medidas sanitárias junto aos centros urbanos, no combate a pragas e vetores e na vacinação compulsória. Tudo isso, a frente de uma concepção liberal de Estado, no qual, a este só cabia intervenção em situações onde o próprio indivíduo ou a iniciativa privada não tivesse a capacidade de responder (PAIM, 2009).

Com líderes proeminentes como Osvaldo Cruz, a questão sanitária do país passa a ser tomada como uma questão política, sendo aplicada, no ano de 1904, uma lei sobre a vacinação e revacinação contra a varíola, processo esse responsável por impulsionar uma série de conflitos entre a população cívica e militares (IYDA, 1994). Além disso, devido a inexistência de um MS, a saúde era tomada mais como caso de polícia, com campanhas que lembravam verdadeiras operações militares, do que como uma questão social (PAIM, 2009).

Ainda no campo da assistência médica individual, os atendimentos exercidos por profissionais legais da medicina permaneciam exclusivos para as classes dominantes, ao passo que o restante da população continuava dependente da assistência filantrópica cristã e/ou pela medicina caseira (ACURCIO et al., 2007).

A segunda e terceira década do século XX, foram marcadas pela existência de fábricas em São Paulo que ofereciam serviços médicos aos seus trabalhadores, sendo descontado de suas folhas salariais em torno de 2%, além da criação por Carlos Chagas do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), responsável pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e pelo controle de endemias (PAIM, 2009).

Com o surgimento da Previdência Social, inicia-se no país um processo de transição da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, tendo como marco o ano de 1923 com a promulgação da Lei Eloy Chaves, e o surgimento entre 1923 e 1930 das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), organizadas por empresas civis e privadas, e que garantiriam aos trabalhadores a elas vinculados, acesso a alguma assistência médica (CUNHA et al., 1998).

3.1.3 ERA VARGAS

Para uma melhor elucidação dos fatos, a Era Vargas será apresentada a seguir em dois períodos – ESTADO NOVO (1930-1945) e a REDEMOCRATIZAÇÃO (1945-1964). Durante o ESTADO NOVO, o Brasil enfrentou o declínio da hegemonia política da burguesia ligada à exportação do café, sendo esse um dos marcos da revolução de 1930, liderada por outras frações de burgueses que não estavam ligadas ao mercado do café, isso, junto ao forte apoio das classes médias urbanas, constituídas por intelectuais, profissionais liberais e militares, sobretudo oficiais (ACURCIO et al., 2007).

Na Presidência da República e sob a justificativa de livrar o Estado do controle político das oligarquias regionais, Getúlio Vargas promoveu uma ampla reforma política e administrativa, suspendendo a vigência da Constituição de 1891 e adotando uma gestão que se dava por meio de decretos até 1934. Esse período, foi marcado por intensa perseguição policial a opositores e as principais lideranças sindicais do País, além da centralização do maquinário estatal e o bloqueio das reivindicações sociais (BERTOLLI, 1996).

A partir desse dado momento político, a saúde pública brasileira encontrou-se sob responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde (MES), enquanto que a saúde ocupacional era de responsabilidade do Ministério do Trabalhador, cabendo exclusivamente a políticos e burocratas as decisões acerca das ações de saúde. No entanto, ressalta-se que foi nesse período, devido a reivindicações da classe trabalhadora, que ocorreu à criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no ano de 1933, e a adesão na Constituição de 1934 de algumas garantias para os trabalhadores, como assistência médica, licença remunerada, jornada de trabalho de oito horas, dentre outras (BITTENCOURT et al., 2011).

Diante de fortes manifestações populares contrárias a ditadura, no ano de 1945 chegava ao fim o primeiro governo de Getúlio Vargas, com a subsequente instituição de uma Constituição democrática em 1946. Começa então, o período conhecido como REDEMOCRATIZAÇÃO, uma fase lembrada pelas eleições diretas para cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. Todavia, a política populista perpetuada por Vargas foi mantida, cabendo aos movimentos sociais, o papel de cobrança as

promessas políticas feitas no âmbito das condições de vida, de saúde e de trabalho (BERTOLLI, 1996).

No ano de 1953 é criado o MS, composto por uma frágil estrutura movida pela menor fração do orçamento do antigo MES, o que correspondia a um terço dos impostos sobre a educação e saúde do país (BERTOLOZZI et al., 1996). Nesse cenário, se as precárias condições de vida da massa populacional não pioraram, a consciência sob as dificuldades de tais condições tornaram-se evidentes, e diante a falta de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Assim, a saída vislumbrada para esse impasse se deu através de uma proposta para imediatas reformas de base, entre as quais estava uma reforma sanitária consistente. No entanto, tal proposta causou na época estranheza para as forças sociais conservadoras, que responderam politicamente tendo como desfecho o golpe militar de 1964 (LUZ et al., 1991).

3.1.4 AUTORITARISMO

O golpe de Estado, liderado pelos chefes das Forças Armadas, marcou o fim da democracia populista. Sendo imposto no país, entre 1964 a 1984, sob o pretexto do combate ao avanço comunista e a corrupção, um regime ditatorial que puniria a todos que se mostrassem contrários ao regime. Ainda, a administração pública passou por grandes alterações estruturais, marcadas pela centralização do poder, com autonomia do Executivo e limitações do campo de ação do Legislativo e Judiciário, além da dominação burocrática governamental pelos tecnocratas, civis e militares, o que acarretou, em grande parte, pelo ilusório 'milagre econômico' (1968-1974), onde criou-se a falsa ilusão de desenvolvimento nacional, já que o poder de compra do salário mínimo foi consideravelmente reduzido (BERTOLLI, 1996).

Na ótica da saúde, o país lidava com a diminuição de verbas para a saúde pública, com concomitante aumento no orçamento dos ministérios militares, transporte, indústria e comércio. Adicionalmente, é relevante destacar o aumento na mortalidade infantil e na incidência de doenças infecciosas. Foi nesse contexto, que em 1966, objetivando assistir a população em uma perspectiva individual, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e em contrapartida a responsabilização do MS pelas ações de dimensão coletiva (BITTENCOURT et al., 2011).

O modelo econômico e político da época, começou a apresentar sinais de falência no final de 1973, sendo criado no ano seguinte o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o que ampliaria a centralização e a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Entretanto, também foi criado, através da Lei nº 6168, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que se apresentou enquanto importante estratégia de ação do Estado na área social, com o apoio financeiro ao desenvolvimento de programas e projetos do setor público nas dimensões da saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos do setor privado de caráter social (BERTOLOZZI et al., 1996).

Durante a V Conferência Nacional de Saúde (1975), foi apresentada uma proposta de Sistema Nacional de Saúde, que definiria uma série de ações em cada esfera do governo. No entanto, a política centralizadora e verticalizada do governo permaneceu, uma influência direta da política empresarial, resistente às mudanças na organização vigente (BITTENCOURT et al., 2011).

Com o início da década 80, e ainda fora do aparato estatal, começava a surgir no país uma corrente contra-hegemônica, que visando a melhoria da assistência médica trazia enquanto proposta um modelo de descentralização articulada à regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, além da democratização do sistema através da extensão de cobertura. O movimento sanitário, era crítico ao modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase nos cuidados primários e a priorização do setor público. No entanto, a necessidade de racionalizar os gastos com saúde, era um senso comum entre o movimento sanitário e os setores até então hegemônicos (ACURCIO et al., 2007).

Assim, diante de uma crise econômica explícita entre os anos de 1981 e 1984, iniciam-se no país as políticas racionalizadoras na saúde, com mudanças através do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que definiu a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), além das Ações Integradas de Saúde (AIS), que apresentaram-se enquanto instrumento de acessibilidade a população aos serviços de saúde, o que representou uma quebra da hegemonia do modelo até então vigente (FRANÇA, 1998; BITTENCOURT et al. 2011).

3.1.5 NOVA REPÚBLICA

Com a Nova República (1984-1988), iniciasse no país uma movimentação em prol das eleições diretas para a Presidência. Todavia, com a reorganização das forças políticas e o surgimento da Aliança Democrática, as eleições diretas são postergadas, chegando ao executivo, através da Câmara, o agora eleito presidente Tancredo Neves. Com a morte de Tancredo, seu vice José Ribamar Sarney assumiu o posto presidencial, e na tentativa de conter a crise inflacionária que assolava o país, foram propostos planos econômicos, que pouco impactaram a realidade econômica e social, ainda privilegiando os setores mais ricos, em detrimento da massa da população brasileira (BERTOLOZZI et al., 1996).

Representando um marco na formulação das propostas de mudança do setor Saúde, consolidadas através da Reforma Sanitária Brasileira, em de 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com destaque para a ampla representação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Assim, a construção de um novo modelo para a saúde, agora definida como o desfecho diante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, foi sistematizado no documento final da conferência. Sendo este aplicado como base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte (CUNHA et al., 1998).

Nesse cenário, em 1988, com a CF/88, a saúde passa a ser reconhecida como um direito social, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público assim garanti-lo, o que sem dúvidas, caracterizou-se com uma conquista política e social atribuída a um histórico de lutas (PAIM, 2009).

3.1.6 PÓS CONSTITUINTE

Entre o período de 1989 a 2002, conhecido como pós-constituinte, o país apresentava um cenário econômico instável, marcado por uma hiperinflação. Contudo, a implantação do SUS e o aperfeiçoamento dos instrumentos legais de gestão foram iniciadas. Através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) foi especificado as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços de saúde,

posteriormente, com a Lei Complementar da Saúde (Lei 8142/90), foi promulgada a regulação da participação popular, instituindo as conferências e conselhos de saúde como instrumentos deliberativos para o controle social (BITTENCOURT et al., 2011).

Apesar dos avanços mencionados, é importante frisar que este processo ocorreu de forma gradativa, principalmente devido a resistência apresentada pela gestão do então presidente, Fernando Collor de Melo, que sistematicamente adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, e a regulamentação da Lei 8080/90, que inclusive sofreu importantes alterações decorrentes de vetos Presidenciais, os quais foram negociados e parcialmente recuperados na Lei 8142/90 (BERTOLOZZI et al., 1996).

Assim, mesmo com o respaldo legal trazido pelo SUS, a racionalização dos recursos e a reorientação do sistema ainda não estavam inclusas na conjuntura legal. Nesse sentido, objetivando resolver tais questões, normas foram editadas visando a implantação do SUS de modo eficaz, fazendo cumprir suas diretrizes e princípios. Entre elas, pode-se citar primeiramente a Norma Operacional Básica (NOB/93), criada logo após a IX Conferência Nacional de Saúde, e que abordava diferentes formas de gestão para a efetiva municipalização. Ressalta-se também que no ano subsequente (1994), ocorreu à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), inspirado em práticas desenvolvidas anteriormente pelo Programa de Agentes Comunitários e Saúde (PASC), tendo este último sido implantado em 1991 (BITTENCOURT et al., 2011).

Responsável por introduzir o Piso da Atenção Básica (PAB), a NOB/96 possibilitou instituir aos municípios um valor per capita habitante/ano, para que os mesmos executarem ou gerenciarem as ações da AB. Através dessa NOB, criou-se instrumentos que garantiram mudanças no sistema de transferência intergovernamental, isso por meio de repasses destinados ao custeio de procedimentos de AB com valor per capita (PAB fixo) e como incentivo para implementação de programas e ações específicas (PAB variável) (MENDES et al., 2011).

Após longa discussão e negociação entre o MS e secretários estaduais e municipais de saúde, em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) é aprovada, a fim de aumentar as responsabilidades do gestor municipal e ampliar o escopo de procedimentos da AB (BITTENCOURT et al., 2011). Entretanto, em 2006, todas as normas (NOBs e NOAs) foram traduzidas em um

novo instrumento, intitulado como Pacto da Saúde, caracterizado como uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias através de metas, atribuições e prazos firmados, objetivando à constituição de um SUS solidário entre as três esferas de governo (PAIM, 2009).

No que tange à reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde, a APS tem exercido um papel de protagonismo. Tal fato, indica que a APS é a aposta central para a transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, isso, através da busca pelo acesso universal e a proteção social em saúde, proporcionando assim devolutivas às reais necessidades e expectativas da população em relação ao conjunto de riscos e doenças, promovendo também estilos de vida saudáveis e atenuando os danos sociais e ambientais sobre a condição de saúde (CECILIO et al., 2018).

Experiências na organização dos cuidados primários foram desenvolvidas em todo o país, sendo precursoras para ações e programas governamentais brasileiros, inspirados em modelos de APS de países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. Todavia, foi devido à instituição e implementação de ações como o PACS e o PSF, que posteriormente deram origem a ESF, onde percebeu-se a necessidade de criação de uma política nacional que não apenas as aglomerassem, mas que também as revisasse, definindo prioridades e otimizando os gastos públicos. Foi nesse cenário, que em março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída, tendo sido responsável desde a sua publicação, por importantes avanços na ampliação do acesso da população a ações no âmbito da AB (ALMEIDA et al., 2018).

Ainda em 2006, outra importante estratégia foi implantada em todas as capitais do país, trata-se do Vigitel, que inserido ao sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do MS, veio exercendo efetivamente através de inquérito telefônico, o monitoramento das frequências e distribuição dos principais determinantes das DCNT, que em conjunto com outros inquéritos como os domiciliares e de populações escolares, tornou possível a extensão do conhecimento no país no diz respeito às DCNT (BRASIL, 2019).

Nos dois anos subsequentes, através da Portaria GM n. 154/2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe multidisciplinar composta por profissionais que ampliariam a capacidade de atendimento as necessidades locais, como assistente social, profissional de educação física, farmacêutico,

fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros, contribuindo assim com a atuação dos profissionais da ESF (REIS et al., 2016).

Com a chegada da 2ª edição da PNAB, publicada em 2011, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para a integração ensino-serviço, as ações de regulação associadas ao Telessaúde, e dentre outras. Além disso, foi por meio da implantação da PNAB, que a ESF assumiu a posição prioritária na organização da AB, estando presente no ano de 2012, em 94,4% dos municípios brasileiros, contando com 32.498 equipes, o que representou uma cobertura populacional de 53,7% (ALBUQUERQUE et al. 2014; ALMEIDA et al. 2018).

Ressalta-se ainda, que a presente estratégia trouxe como proposta uma assistência que permitiria a atuação das equipes para além da dimensão biológica, considerando o ser humano em sua integralidade, incluindo ações que perpassassem os espaços das unidades de saúde, considerando o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos e/ou coletivos. Assim, objetivando ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, a qualidade da atenção prestada e a melhoria das condições de trabalho, o MS também criou ano de 2011 o PMAQ-AB (SILVA et al., 2021).

No entanto, apesar do entendimento de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, instituído e proclamado através da CF/88, as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS não tem sido asseguradas desde a sua concepção, tendo sido necessário recorrer ao longo dos anos a algumas iniciativas para contornar seu subfinanciamento, como a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira da Emenda Constitucional 29 (EC-29/2000) e o movimento Saúde+10, que se mostraram insuficientes para alterar efetivamente a estrutura do financiamento (PAIM, 2018).

Nessa realidade, a AB sofreu com as implicações do movimento de racionalização de recursos e produtividade, sendo o subfinanciamento crônico do SUS constitucionalizado através da aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), o que concretizou as dificuldades acumuladas desde 1988 (MOROSINI et al. 2020; PAIM, 2018). Ainda, ressalta-se que durante o governo Temer foi levantado, enquanto solução para os problemas do SUS, a ampliação do setor privado de saúde, através de algumas propostas como a criação dos Planos de

Saúde Acessíveis, o que foi veemente repudiado pelo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que chegou a dar ênfase aos impactos da proposta ao princípio da integralidade e o seu retrocesso ao papel do Estado na garantia do serviço de saúde (BACURAU et al., 2022).

A partir da EC-95/2016 o financiamento da saúde pública no âmbito federal limitou-se a um novo regime fiscal, responsável por congelar o teto dos gastos durante 20 anos, sendo o piso correspondente ao ano de 2017 de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) (PRASTES et al., 2021). As implicações desse novo modelo fiscal podem ser observadas no quadro 1.

Quadro 1. Mudanças no financiamento do SUS a partir da EC-95/2016.

2017	2018	2019
Crescimento de 81% dos empenhos a pagar do MS quando comprado a 2016. No entanto, tratou-se de empenhos que não foram efetivamente liquidados, ou seja, não foram efetivados como ações e serviços para atender as necessidades de saúde da população, ainda que tenham integrado o seu piso.	Redução do piso e o valor efetivamente aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em 2018, para um piso (15% da RCL) de R\$ 120.802 milhões, caso fosse mantida a proporção aplicada em 2017, foram efetivamente gastos R\$ 116.821 milhões (valor aplicado menos o empenho 2018), de modo que o SUS perdeu no ano R\$ 3.981 milhões.	No ano de 2019, para uma RCL de R\$ 905.659 milhões, caso fosse aplicado os 15%, a porção federal do SUS deveria contar com R\$ 135.849 milhões. No entanto, o valor aplicado menos o empenho de 2019 foi de somente R\$ 122.270 milhões, registrando uma perda de R\$ 13.579 milhões. Em suma, nos dois anos, houve a perda de R\$ 17.560 milhões.

Fonte: MELO, 2018.

No ano seguinte a publicação da EC-95/2016 foi publicada a 3ª edição da PNAB, onde seus princípios e diretrizes gerais não sofreram mudanças significativas quando comparados à publicação anterior. No entanto, a flexibilidade apresentada pela nova política se expressava por vezes de forma nebulosa, justificada através de um discurso de adequação locorregional. Assim, as implicações do rearranjo sofrido nos aspectos organizacionais e funcionais da PNAB foram observadas em algumas medidas adotadas, como na possibilidade de redução do número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de Saúde Família (EqSF), e na indicação de unificação de suas atribuições junto ao agente de controle de endemia (ACE). Ainda, ressalta-se que na edição anterior, estava previsto até 8 horas semanais a serem destinadas para atividades de formação, educação permanente, apoio

matricial e plantão na rede de urgência, o que foi descontinuado na publicação de 2017 (MELO, 2018).

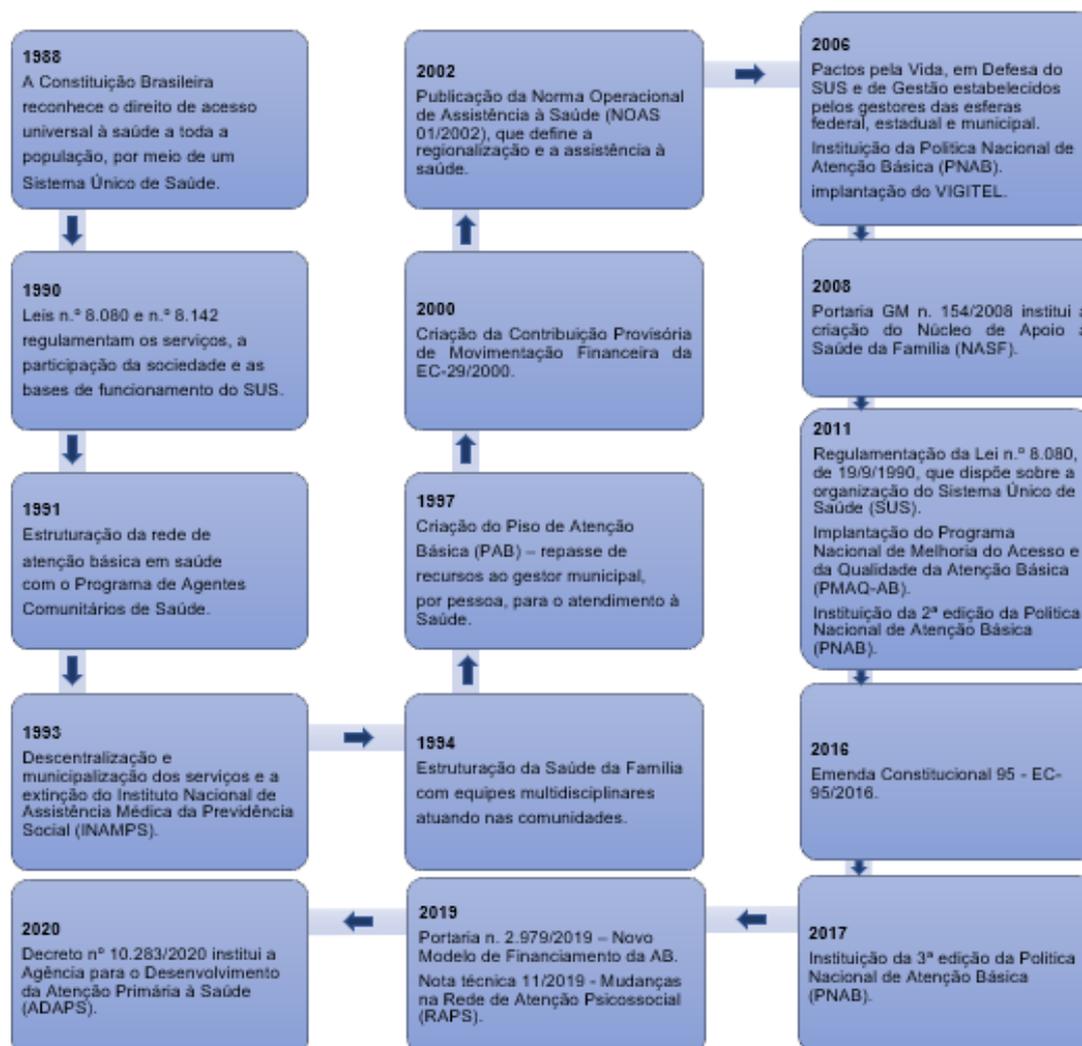
Em 2019, duas outras importantes mudanças movimentaram o cenário da saúde pública no país, uma delas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Nota técnica 11/2019, que trouxe a priorização dos hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, expansão de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além da defesa de procedimentos como a Eletro-convulsoterapia (EC), o que contraria os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. A segunda mudança ocorreu sob fortes manifestações contrárias, tratando-se do Novo Modelo de Financiamento da AB, instituído pela Portaria n. 2.979/2019, no qual o repasse de recursos federais deixou de ser pelo número de habitantes nos municípios, sendo adotado o repasse a partir do número de pacientes cadastrados nas unidades de saúde, ponderado pela vulnerabilidade socioeconômica, a quantidade de crianças e idosos na região e a distância dos municípios dos grandes centros urbanos. Além disso, é possível observar no novo modelo a inexistência de indução e apoio à configuração de equipes multiprofissionais, acabando com incentivos financeiros específicos para equipes como o NASF (SANTOS et al., 2020; PRASTES et al., 2021; BACURAU et al., 2022; MELO et al., 2019).

Diante disso, é possível observar que as duas áreas nas políticas de saúde mais afetadas pelos interesses privados, são a AB e a Política de Saúde Mental. Na gestão do presidente Jair Messias Bolsonaro, seu primeiro ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, tinha fortes vínculos com os planos privados de saúde, onde havia sido presidente da Unimed, além de contar com o financiamento da Amil na sua campanha para deputado federal, em 2014. É nessa perspectiva liberal, a qual saúde é sinônimo de um bom negócio, que é assinado o Decreto nº 10.283/2020, onde foi instituída a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), o que representaria por si só mais um passo rumo à privatização da AB (CORREIA et al., 2022).

Como já observado a fragmentação do SUS é um problema crônico, tendo nos últimos anos o seu agravamento. Exemplos como os já mencionados, mostram um contexto de colapso na rede pública de saúde, reflexo da fragmentação de um sistema que é resultado de lutas coletivas e que tem por base a universalidade, equidade e integralidade (BACURAU et al., 2022).

Através da figura 2 é possível observar alguns dos principais marcos das Políticas de Saúde do Brasil.

Figura 2. Marcos das Políticas de Saúde no Brasil.



Fonte: BITTENCOURT et al., 2011; SANTOS et al., 2020; PRASTES et al., 2021.

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Reconhecida enquanto o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida, a saúde, tem na Atenção Primária o destaque nas ações de promoção a saúde, visando ao empoderamento e autonomia do usuário, permitindo a este o alcance de melhores condições de vida (BEZERRA, 2016).

Dessa forma, com o intuito de romper com práticas hegemônicas e curativistas, diversas discussões em torno da promoção da saúde vêm acontecendo, considerando que evidências já demonstram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de vida das pessoas, do que à vaga ideia de determinação genética e biológica. Logo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade e o isolamento do homem nos grandes centros urbanos, são condicionantes diretamente relacionados à produção das doenças modernas (BRASIL, 2002).

Instituída em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) priorizou ações específicas para sua implementação, sendo essas correlacionadas a campos estratégicos de atuação, como alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade como consequência do uso excessivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e à promoção do desenvolvimento sustentável (TEIXEIRA et al., 2014).

Nesse cenário, possuindo uma posição privilegiada no que diz respeito ao desenvolvimento das práticas de Promoção à Saúde, além de objetivar a garantia do acesso e da qualidade a população, a APS carrega consigo a importante função de porta de entrada a RAS, isso, através do reconhecimento das necessidades em saúde e a organização das respostas de forma adequada, impactando assim verdadeiramente nas condições de saúde dos indivíduos. Todavia, um dos grandes desafios ainda enfrentados pelas as equipes de APS está na atenção à saúde as doenças crônicas, sendo essas prevalentes e multifatoriais, com determinantes não apenas biológicos, mas também socioculturais, que dependem de uma abordagem multiprofissional, exigindo o protagonismo individual, familiar e comunitário (BRASIL, 2014).

A demanda por adaptações entre a oferta de serviços frente a complexidade das necessidades da população em relação à saúde é uma constata na APS, isso, dentro de um contexto caracterizado ainda por desigualdades sociais, econômicas e institucionais relacionadas também às pluralidades encontradas entre as diferentes regiões do país (TEIXEIRA et al., 2014). Assim, as DCNT se apresentam como um dos principais problemas de saúde pública, possuindo uma estimativa anual global de óbitos que chega a 41 milhões, ou seja, 70% do total de mortes no mundo. No

Brasil, a elevada carga das DCNT é semelhante, correspondendo a 74% das mortes prematuras. Com tudo, enfatiza-se que diversas iniciativas no âmbito nacional e global têm sido propostas para a prevenção e controle das DCNT, tendo a própria Organização das Nações Unidas (ONU) incluído até 2030 em seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) metas para a redução das DCNT e de seus fatores de risco (MALTA et al., 2021).

Entre 2000 e 2018 a obesidade, um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, estando também associada a qualidade de vida atenuada e a elevação dos custos aos sistemas de saúde, apresentou em todo o mundo um crescimento acentuado, atingindo uma média de 11% nesse período. No âmbito nacional, através de dados obtidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), uma importante ferramenta de gestão para profissionais e gestores de saúde, verificou-se que de um total de 12.776.938 adultos acompanhados na APS no ano de 2019, 63% apresentaram excesso de peso e 28,5% obesidade, o que pode ser traduzido em cerca de 8 milhões de adultos com excesso de peso e 3,6 milhões com obesidade. O impacto disso aos cofres públicos frente a hospitalizações e gastos ambulatoriais devido a obesidade em 2011, foi estimado em R\$ 488 milhões, chegando a R\$ 669 milhões em 2018, o que representou um aumento de 37% dos gastos (FERREIRA et al. 2021; BRASIL, 2020).

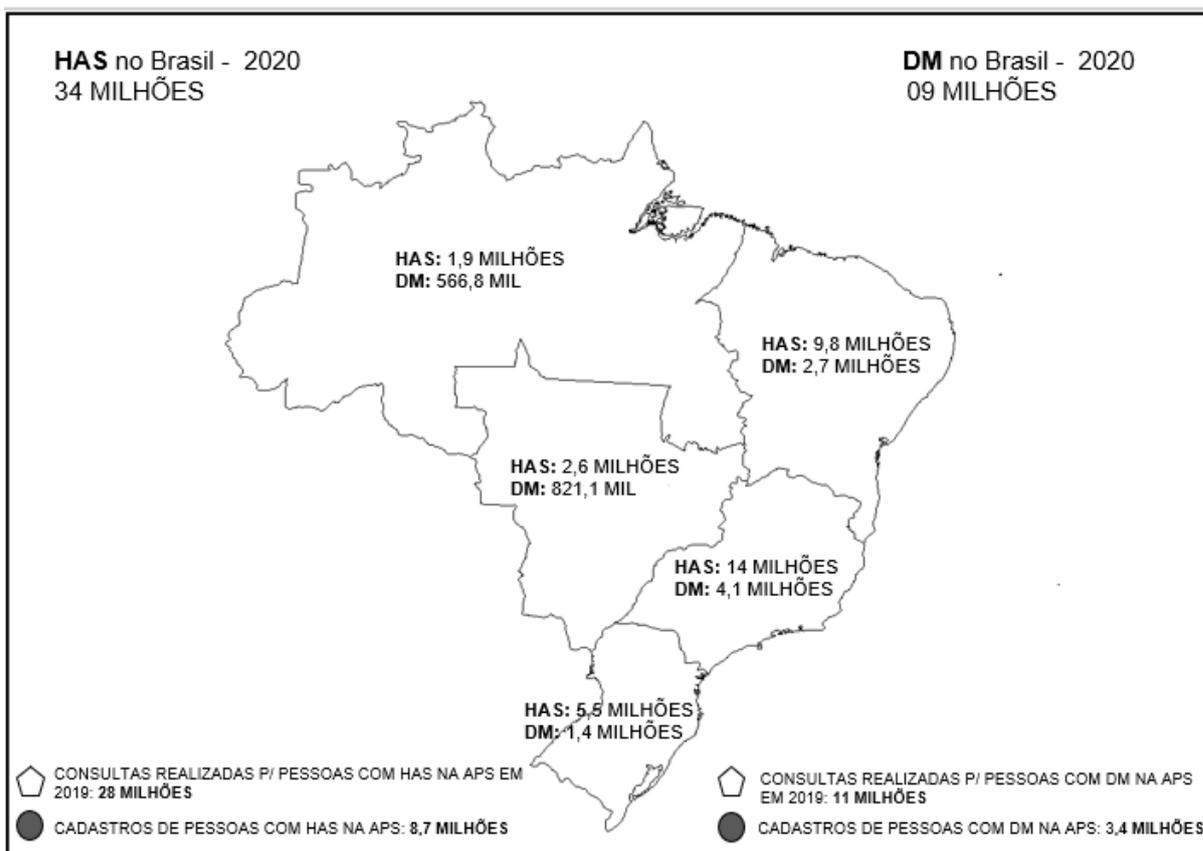
Ademais, a obesidade também está associada a outras comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), anormalidades lipídicas, diabetes mellitus (DM) e doença coronariana. Inclusive, a obesidade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo II (DMII), estimando-se que cerca de 80 a 90% dos indivíduos diabéticos são obesos, e que esse risco está diretamente ligado ao aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) (ESCOBAR et al., 2009).

Diante desse cenário, destaca-se que o padrão alimentar inadequado aliado ao sedentarismo são consequências do estilo de vida presente na sociedade moderna, o que em geral, acaba sendo desfavorável à saúde da população. Assim, políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aponta em suas diretrizes a organização do cuidado integral ao indivíduo com sobrepeso e obesidade, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) e o incentivo a adoção de práticas de promoção da alimentação adequada e saudável, devendo

essas ocorrer no cotidiano das equipes e serviços de saúde, o que permitiria monitorar as tendências de excesso de peso e obesidade, além de identificar os principais fatores associados, contribuindo assim para o subsídio de programas e políticas públicas de saúde voltadas para prevenção e promoção a saúde, com consequente estímulo de adoção hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de atividade física desde a infância (BRASIL, 2014; MANCINI et al. 2015; FERREIRA et al. 2021).

Na figura 3 é possível observar o cenário nacional, como também por região frente a duas das principais DCNT, a DM e HAS entre 2019-2020, de acordo com os dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

Figura 3. Representação do Cenário da DM e HAS no Brasil.



Fonte: SISAB, 2020.

A emergência das doenças crônicas representa um importante problema de saúde pública, trazendo à tona o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes, especialmente na APS, objetivando assim romper com formas de organização que ainda não se adequam às reais

necessidades de atenção da população, que constantemente é assolada por implicações de natureza crônica. Tal relevância frente a essas condições acarretou em 2013 na instituição da Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas (RASPC), publicada através da Portaria nº 252/2013, e que traz como objetivo a promoção, reorganização do cuidado e sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado a saúde, assim como as práticas de promoção e prevenção. Nessa perspectiva, se faz necessário compreender que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as unidades de cuidados intensivos, os hospitais, ambulatorios cirúrgicos e de Atenção Especializada, além dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), são alguns dos principais pontos de Atenção à Saúde, e que para além destes, a RAS conta com uma estrutura operacional constituída por sistemas, sejam eles de apoio diagnóstico e terapêutico, assistencial-farmacêutico e de informação em Saúde (BRASIL, 2014; **MEDINA et al., 2014**).

Assim, considerando todas peculiaridades que envolvem as DCNT, reitera-se a importância da APS no seu enfrentamento, atribuindo a ESF a responsabilidade pelo acompanhamento, coordenação e ordenação do cuidado aos usuários dentro da RAS. Para isso, conta-se ainda com equipes complementares como o NASF, apoiando na consolidação da atenção através de suas equipes multiprofissionais definidas de acordo com as características e necessidades locais, além das equipes do Programa da Academia da Saúde (PAS), ou Academia da Cidade (PAC), sendo esse último inclusive, caracterizado como uma das principais estratégias governamentais no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT na APS (LIRA, 2018; PETERMANN et al. 2021).

Ainda, a análise dos resultados de instrumentos de avaliação de serviços e do perfil de saúde, constituem-se enquanto grande oportunidade para problematizar e discutir as ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito das equipes de APS, embora, seja necessário a compreensão de que o exercício da cidadania na promoção a saúde, também implica em estabelecer limites sobre o que é responsabilidade do Estado e de responsabilidade dos cidadãos no que diz respeito a seu próprio bem-estar, uma questão complexa, principalmente quando as pessoas estão inseridas em faixas de risco de vida, como através do uso de drogas, tabagismo excessivo, comportamentos de alto risco em termos sexuais e entre outros (MEDINA et al. 2014; RABELLO, 2010).

3.3 VIGITEL

O processo saúde-doença é dinâmico e resulta em constantes mudanças, tanto no que diz respeito ao perfil de adoecimento da população, quanto a sua exposição a fatores de risco. É neste contexto epidemiológico, que o monitoramento sistemático do perfil de saúde das populações, bem como de seus hábitos, comportamentos e acesso aos serviços de saúde são importantes (FERREIRA et al., 2011).

Como já mencionado, as DCNT são as principais responsáveis pela morbimortalidade no mundo. Os fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, fatores não modificáveis, como sexo, idade e herança genética, e os modificáveis referentes ao estilo de vida, são considerados importantes determinantes sociais da saúde. Assim, práticas não saudáveis advindas da vida moderna, como o aumento do consumo de tabaco, o consumo abusivo de bebida alcoólica, a inatividade física contrapondo o aumento do tempo de tela (televisão, jogos eletrônicos, telefones celulares), além de um inadequado hábito alimentar, com alta ingestão de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar, sal e alimentos ultraprocessados, impactam negativamente na condição de saúde da população (CASAS et al., 2018).

Segundo Segri et al. (2011) países com elevada cobertura de telefonia fixa, comumente utilizam de inquéritos por telefone. Em 2003, no município de São Paulo, um sistema piloto de inquérito por telefone sobre fatores de risco para DCNT, foi realizado com êxito. Sendo o sistema 03 anos depois expandido pelo MS para todas as capitais brasileiras e Distrito Federal.

Assim, publicado no ano de 2006, o Vigitel vem cumprindo desde de sua 1ª edição com o objetivo de monitoramento da frequência e distribuição dos principais fatores de risco e de proteção das DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Trata-se de um instrumento que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do MS, em conjunto com outros inquéritos como os domiciliares e em populações escolares, e que vem contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre as DCNT no País (BRASIL, 2019).

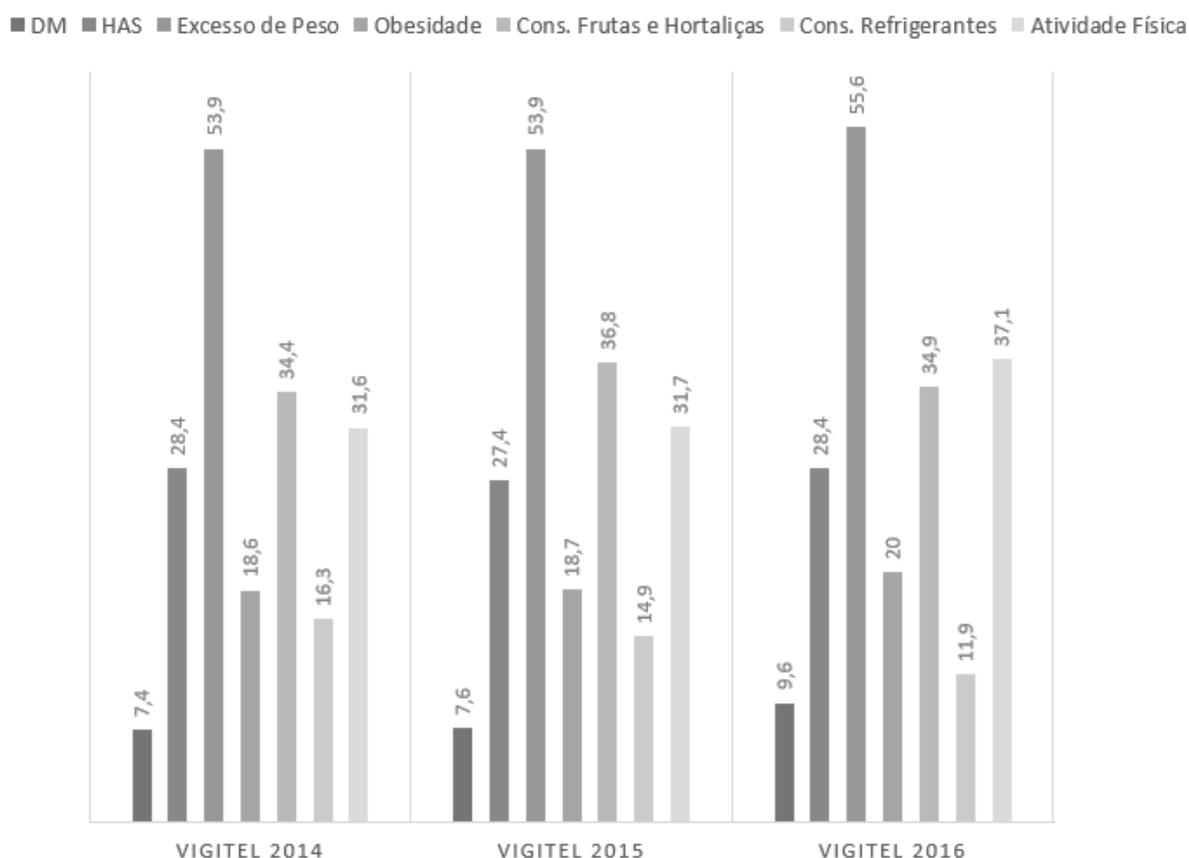
Tendo enquanto população alvo adultos com 18 anos ou mais de idade, esse sistema utiliza dos cadastros eletrônicos de telefones residenciais para o sorteio de amostras probabilísticas de linhas residenciais. Para isso, um sorteio de 5 mil linhas telefônicas é feito inicialmente em cada cidade, sendo as linhas sorteadas

novamente e divididas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. Assim, a partir da identificação das linhas telefônicas elegíveis ao estudo, ou seja, linhas residenciais ativas, é realizado o sorteio de um dos moradores adultos do domicílio a ser entrevistado (BERNA et al. 2017; BRASIL, 2019).

Entre os fatores de risco passíveis de avaliação por meio desse sistema, estão inclusos: tabagismo; excesso de peso; obesidade; consumo de carnes com excesso de gordura; consumo regular de refrigerantes ou suco artificial; inatividade física; consumo abusivo de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde e morbidades referidas. No que concerne aos fatores de proteção, estão inclusos: consumo recomendado de frutas e hortaliças; consumo regular de feijão e a prática de atividade física no lazer (ISER et al., 2012).

Na figura 4 é possível observar alguns desses indicadores na cidade de Recife-PE entre os relatórios do Vigitel dos anos de 2014 a 2016.

Figura 4. Indicadores de saúde da cidade de Recife-PE segundo relatório do Vigitel entre os anos de 2014-2016.



Fonte: Dados extraídos dos relatórios do Vigitel 2014, 2015 e 2016.

Como observado na figura 4, é possível através dos relatórios anuais do Vigitel, visualizar como determinados indicadores comportam-se com o passar dos anos. Segundo Malta et al. (2020) estudos apontam a importância dos determinantes sociais, particularmente a pobreza, na ocorrência das DCNT, considerando que os piores indicadores estão presentes na população mais vulnerável e marginalizada socialmente. Diante disso, em 2016 observou-se um importante avanço com a adição aos indicadores do Vigitel de uma pergunta específica sobre o recebimento do Programa Bolsa Família (PBF), objetivando monitorar as populações vulneráveis em relação aos indicadores de DCNT, especialmente as mulheres, já que essas representam mais de 90% da população beneficiária.

Esse cenário de desigualdade nos comportamentos de risco para DCNT implica sobretudo em sobrecarga no SUS, isso, devido aos gastos governamentais consideravelmente elevados destinados a ações de prevenção e tratamento de tais doenças nos diferentes níveis de atenção. Assim, os inquéritos de saúde, sejam eles domiciliares ou telefônicos, desempenham importante papel nesse cenário, auxiliando na vigilância em saúde, através da investigação e do monitoramento das condições crônicas, nas ações priorizadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022 e pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MELLER et al., 2022).

O quadro 2 apresenta alguns estudos que utilizaram os dados dos inquéritos da Vigitel, objetivando desde a descrição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas, a comparação da distribuição de indicadores de DCNT entre beneficiárias do PBF, e até avaliação da reprodutibilidade e a validade de indicadores, como o de atividade física.

Quadro 2. Síntese de estudos que utilizaram dados do Vigitel.

Qualis	Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Amostras/ População	Principais achados e conclusão
B1	Iser et al., (2012)	Descrever os principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas com dados do inquérito telefônico de 2010.	Entrevistas telefônicas realizadas em amostra probabilística dos adultos residentes nas capitais do Brasil e Distrito Federal com telefone fixo residencial. As prevalências foram estratificadas por sexo, idade e escolaridade	Dados de 54.339 adultos foram coletados pelo Vigitel em 2010, sendo 20.764 homens e 33.575. Adultos com idade \geq 18 anos, de ambos os sexos.	Foi verificado alto consumo de refrigerantes (28%), de carne com gordura (46%) e de consumo abusivo de álcool (18%), e baixo consumo de frutas e hortaliças (18%) e de atividade física no lazer (15%). Aproximadamente metade da população referiu ter excesso de peso. A inatividade física e o tabagismo atingem cerca de 15% dos adultos. Fatores de risco foram mais prevalentes em homens, adultos jovens e de menor escolaridade. Os resultados apontam diferentes comportamentos em saúde da população segundo características sociodemográficas. Essa variabilidade deve ser considerada nas ações de promoção de saúde.

B1	Moreira et al., (2017)	Avaliar a reprodutibilidade e a validade dos indicadores de atividade física do VIGITEL.	Para o estudo de reprodutibilidade, 305 indivíduos em Belo Horizonte responderam a entrevistas do VIGITEL repetidas com intervalos de 7 a 15 dias, em 2013. Os indicadores avaliados foram “suficientemente ativos no lazer”, “ativos no deslocamento”, “inativos em quatro domínios da atividade física” (lazer, trabalho, transporte e atividades domésticas) e “assistir TV por longos períodos”. O Coeficiente Kappa (k) foi utilizado para medir concordância entre as entrevistas. Para a validade, os participantes responderam também o Questionário Global de Atividade Física (GPAQ), método de referência para a comparação dos indicadores VIGITEL. A comparação foi avaliada por sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos.	305 indivíduos de ambos os sexos.	<p>A reprodutibilidade mostrou concordância substancial para os indivíduos ativos no lazer (k = 0,70) e inativos (k = 0,64). A concordância do hábito de assistir TV foi moderada (k = 0,56) e o deslocamento mostrou concordância regular (k = 0,35). No estudo de validade, a sensibilidade variou de 54,8 a 67,7 na frequência de inativos e ativos no lazer, respectivamente. O deslocamento foi representado por 11,9 de sensibilidade.</p> <p>O questionário de atividade física utilizado pelo Sistema de Vigilância parece ser confiável em todos os domínios, exceto nas questões de deslocamento. O VIGITEL foi comparável ao GPAQ na maioria dos aspectos da atividade física.</p>
----	------------------------	--	--	-----------------------------------	---

B2	Casas et al., (2018)	Analisar a associação entre a Atividade Física no Tempo Livre e as variáveis selecionadas nas capitais brasileiras.	Foram analisadas informações do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, referentes ao ano de 2013, em uma amostra de 54 mil adultos nas capitais do Brasil. As Razões de Prevalências foram ajustadas segundo idade, sexo e escolaridade, utilizando-se regressão de Poisson com seus Intervalos de Confiança a 95%.	Indivíduos de ambos os sexos.	A prevalência da prática de Atividade Física no Tempo Livre foi de 33,8% (IC95%: 33,0-34,6), sendo maior entre homens (41,2%) (IC95%: 39,9-42,6) do que entre mulheres (27,4%) (IC95%: 26,5-28,3). Ser mais jovem, do sexo masculino, com maior escolaridade, da cor branca, possuir plano de saúde, não fumar e consumir o recomendado de frutas e hortaliças aumentaram a chance da prática da Atividade Física no Tempo Livre. Observou-se ainda que indivíduos estróficos e sobrepeso são mais ativos, obesos praticam menos Atividade Física.
B1	Malta et al., (2020)	Comparar a distribuição de indicadores de DCNT entre mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do PBF nas capitais brasileiras.	Estudo epidemiológico de base populacional e delineamento transversal, com dados provenientes do Vigitel, anos de 2016 e 2017, das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal. Dados sobre o plano amostral podem ser lidos em outras publicações.	Foram estudadas 3.330 mulheres (≥ 18 anos e mais), beneficiárias do PBF e 63.152 não beneficiárias.	Entre as 66.482 mulheres estudadas em 2016 e 2017, 3.330 residem em domicílios que receberam PBF no período de estudo, e essas residentes concentram-se sobretudo nas regiões Nordeste e Norte — 1.674 (50,3%) e 922 (27,7%), respectivamente. Há também maior proporção dessas beneficiárias entre as idades de 25 a 54 anos (2.046 / 61,4%), sem instrução e/ou com fundamental incompleto (926 / 27,8%) e ensino médio completo e/ou superior incompleto (1.538 /46,19%). Em geral, prevalências mais elevadas de fatores de risco e menores frequências de fatores de proteção foram encontradas nas mulheres beneficiárias do PBF.

Fonte: Autor, 2022.

Considerando os estudos apresentados referente a aplicação dos inquéritos do Vigitel (Quadro 2), além da oportunidade de visualização das mudanças anuais no que diz respeito a alguns indicadores, como observado na figura 4, fica evidente a importância da aplicação de instrumentos de investigação e monitoramento das condições de saúde, ressaltando que para a melhor compreensão das desigualdades na distribuição das DCNT, se faz necessário o entendimento sobre as tendências e desigualdades nos principais fatores de risco associados a estas, uma vez que, diferenças nos aspectos regionais, raciais e econômicos estão relacionados a esses comportamentos, acarretando em maior risco no desenvolvimento de DCNT para determinados subgrupos populacionais (MELLER et al., 2022).

3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Em 1998, Serapioni já mencionava uma notável crescente de interesses pela qualidade dos serviços de saúde. Tal fato, restava-se do aumento da quantidade de serviços, assim como, por outros fatores, entre eles; a crise fiscal do estado junto a necessidade de redução das despesas públicas; a maior participação dos usuários no financiamento do sistema de saúde e a necessidade de redução das queixas e procedimentos judiciais advindos da insatisfação de pacientes.

Assim, no que diz respeito a avaliação dos serviços de saúde, estas acabaram tornando-se uma continua preocupação dos órgãos de gestão pública do país, tendo ênfase na AB, com o desenvolvimento de estratégias para sua real efetivação, na qual a PNAB e os diversos processos com foco na universalização do acesso e na integralidade da assistência à saúde, representam alguns dos exemplos dessas estratégias (CARVALHO et al., 2017).

No entanto, é importante reiterar que foi diante de um contexto marcado pela expansão da cobertura das EqSF, além da exigência por melhores resultados, que se iniciou no Brasil o movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação na AB. Doravante, a AB passou a definir uma política de avaliação composta por um conjunto de atribuições, propósitos, recursos,

abordagens, organograma e utilização dos resultados. Diante disso, foram estabelecidas estratégias pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, entre elas, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), que posteriormente daria vez para a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), seguido pelo PMAQ-AB (CRUZ et al., 2014).

Implantado no Brasil no ano de 2011, o PMAQ-AB foi um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que tinha como objetivo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a melhoria das condições de trabalho das equipes, e principalmente a qualidade da atenção prestada. A partir dos dados dos PMAQ-AB, tornou-se possível mensurar os efeitos da política de saúde e fundamentar a tomada de decisão no planejamento das ações, garantindo assim a transparência nos processos que envolvem a gestão do SUS, e a visibilidade dos resultados obtidos, contribuindo com o controle social (SILVA et al., 2021).

À medida que o PMAQ-AB instituiu o processo de avaliação da AB no Brasil, concomitantemente consolidou parte do seu custeio através de repasse federal aos municípios, destinando pagamentos por melhoria no desempenho de indicadores as equipes das UBS. Por meio de considerável investimento financeiro, o programa chegou a receber no ano de sua implantação cerca de R\$ 70 milhões em repasses federais, chegando em torno de R\$ 700 milhões em 2012, R\$ 1,3 bilhão entre 2013 e 2014, e, entre 2015 e 2017, chegou a aproximadamente R\$ 1,7 bilhão (MACIEL, 2021).

Tal programa organizava-se em três fases, sendo estas fases referentes a; Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização, além de um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que constitui um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB que compõem um ciclo (BRASIL, 2017).

No quadro 3 é possível observar as características de cada uma das fases do PMAQ-AB.

Quadro 3. Características das fases do PMAQ-AB.

Primeira Fase	Segunda Fase	Terceira Fase
Consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de	Equivale a Certificação, composta por: 1- avaliação externa; 2- avaliação de	Trata-se da Recontratualização, um processo de repactuação das

compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção básica (EqAB) com os gestores municipais, e desses com o MS num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.	desempenho dos indicadores contratualizados; e 3-verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim.	EqAB e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.
--	--	--

Fonte: BRASIL, 2017.

A avaliação externa, que integrava a segunda fase do PMAQ-AB, era realizada em todo o território nacional, contando com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo, dentre estas instituições, encontrava-se a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz). Nessa etapa, as EqAB que aderissem voluntariamente ao PMAQ-AB, teriam direito a um repasse inicial de 20% do valor total previsto para os territórios, sendo o recurso restante vinculado ao desempenho de cada equipe, podendo atingir até 100% do repasse ou até mesmo sua suspensão. Ainda, vale salientar que a avaliação contemplava primordialmente três eixos: estrutura, processo e satisfação do usuário (BRASIL, 2017; CRUZ et al. 2014).

Para isso, o instrumento utilizado na etapa supracitada era estruturado em seis respectivos módulos, sendo esses; o primeiro referente a observação da UBS, o segundo relativo a entrevista com o profissional da EqAB e a verificação de documentos na UBS, o terceiro uma pesquisa de satisfação com o usuário na UBS, o quarto uma entrevista com o profissional do NASF em conjunto com a verificação de documentos na UBS, o quinto a observação na UBS para a Saúde Bucal, e o sexto e último, tocante a mais uma entrevista, sendo essa com o profissional da Equipe de Saúde Bucal (EqSB) além de nova verificação de documentos na UBS (BRASIL, 2017).

Constituindo-se como um programa de adesão voluntária, o PMAQ-AB se organizava em ciclos, tendo o 1º ciclo ocorrido em 2011-2012 e contato com adesão de 52,1% (17.482) das EqAB, referente a 3.965 municípios, no 2º ciclo ocorrido em 2013-2014, a adesão passou para 85,4% (30.523) das EqAB, referente a 5.073 municípios, e no seu 3º e último ciclo, com a participação de todas as equipes de saúde da AB, incluindo as EqSB, NASF e Centros de

Especialidades Odontológicas (CEO) que se encontravam-se em conformidade com a PNAB, a adesão chegou a 93,9% (38.865) das EqAB referente a 5.324 municípios (BRASIL, 2017; PROTAZIO, 2018).

Propondo a utilização de estratégias, ou dimensões (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional), como método de indução ao aperfeiçoamento das ações envolvendo diversos atores, sejam estes gestores, profissionais da saúde ou membros da comunidade, o PMAQ-AB mostrou-se enquanto importante estratégia para o planejamento de atividades que fossem capazes de evidenciar pontos que exigem maior atenção e intervenção (CARVALHO et al., 2017).

Nesse contexto, o monitoramento das condições de saúde através de dados obtidos pelo PMAQ-AB, vêm sendo aplicados para o desenvolvidos de estudos destinados ao rastreamento de comorbidades, como câncer de colo uterino, na qualidade da atenção pré-natal dentro da rede básica de saúde, como também na organização dos cuidados em saúde para as condições crônicas, tais como DM, HAS, tuberculose e hanseníase (LOPES et al., 2022).

Diante disso, evidencia-se que a institucionalização do monitoramento e da avaliação na AB tem contribuído ao longo dos anos para a incorporação de práticas reflexivas e pedagógicas junto a gestão para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimentos no âmbito do SUS, implicando em mudanças na cultura institucional, envolvendo diferentes atores e mediações, assim renovando e potencializando as ações de saúde na AB (CRUZ et al., 2014).

O quadro 4 apresenta alguns estudos provenientes da análise dos dados do PMAQ-AB.

Quadro 4. Síntese de estudos que utilizaram dados do PMAQ-AB.

Qualis	Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Amostras/ População	Principais achados e conclusão
B5	Carvalho et al., (2017)	Identificar como as EqAB dos estados do Piauí e Ceará utilizaram o monitoramento e a análise de indicadores como estratégia para aprimorar a qualidade de suas ações.	<p>Trata-se de estudo descritivo, transversal, que utilizou dados secundários provenientes do 1º Ciclo do PMAQ-AB, relativos aos estados do Piauí e do Ceará, organizados por porte e estrato populacional dos municípios.</p> <p>Foi adotada uma abordagem estatística por meio do programa SPSS, versão 20.0, voltada aos temas monitoramento e análise de indicadores que constam no Módulo II da Avaliação Externa do PMAQ-AB.</p>	<p>1.191 EqAB distribuídas em 307 municípios, que representaram 75,2% do total de municípios dos dois estados.</p> <p>Provenientes do banco de dados disponibilizados pelo DAB.</p>	<p>Foi verificado que que 87% das EqAB avaliadas recorreram ao monitoramento e análise dos indicadores de saúde.</p> <p>83% das equipes revelaram ter recebido apoio da gestão na discussão do monitoramento, inclusive com disponibilização de informações necessárias ao processo (92%).</p> <p>Os resultados reiteram o fato de que possíveis diferenças no desenvolvimento do PMAQ-AB sofrem influência de características peculiares relativas à localização entre estados e entre municípios de porte populacional e estratos de certificação diferentes.</p>

A2	Cruz et al., (2019)	Identificar a associação do atributo coordenação do cuidado com a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança na APS no Brasil.	<p>Estudo transversal, baseado em dados de 30.523 equipes que participaram do PMAQ-AB em 2013.</p> <p>Foi feita análise de regressão logística. A variável dependente foi o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança, e a independente, o nível de coordenação do cuidado.</p> <p>A análise multivariada considerou variáveis que apresentaram $p < 0,05$. O ajuste do modelo foi realizado pelo teste de Hosmer-Lemeshow.</p>	28.056 equipes que realizaram atividade de coordenação e de assistência à saúde da mulher e da criança simultaneamente.	<p>No Brasil, o maior percentual das equipes apresentou nível baixo de coordenação (68,5%).</p> <p>Dentre as regiões, a Norte apresentou o maior percentual de equipes com baixo nível de coordenação (89,1%), e a Sudeste, o maior percentual com alto nível (37,6%).</p> <p>Para o nível de qualidade da assistência à saúde da mulher, 70,5% das equipes estava com baixo nível e, na saúde da criança, 63,5% com alto nível.</p>
B1	Silva et al., (2021)	Descrever os indicadores referentes ao planejamento e apoio no processo de trabalho reportados pelas EqSF, a partir do 3º ciclo do PMAQ-AB na região Nordeste do Brasil.	<p>Estudo transversal, utilizando dados secundários da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB</p> <p>Foram utilizados dezesseis indicadores para averiguar as ações do processo de trabalho das equipes.</p>	14.489 EqSF que aderiram ao programa.	<p>Verificou-se que as equipes realizaram reunião e planejamento das ações, autoavaliação, monitoramento e análise dos indicadores de saúde para reorganização do processo de trabalho, evidenciando os fatores determinantes e condicionantes.</p> <p>Nos indicadores de apoio institucional e apoio matricial para resolução de casos complexos, destacam-se a vigilância em saúde e o NASF.</p>

B2	Lopes et al., (2022)	Identificar as desigualdades macrorregionais relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho para o atendimento do DM na APS ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB no Brasil.	Trata-se de um estudo ecológico, longitudinal, de abrangência nacional, com dados secundários dos três ciclos do PMAQ-AB. Os dados foram comparados entre as macrorregiões brasileiras utilizando o teste t com a correção de Bonferroni.	Proveniente dos dados referentes aos dois módulos (I e II) da avaliação externa dos três ciclos do PMAQ-AB (2012, 2014 e 2017) que possuem relações com o atendimento às pessoas com DM.	<p>As regiões Norte e Nordeste apresentaram menores percentuais de adequação nos itens de estrutura: dependências da unidade (<74%), acessibilidade ao cadeirante (<63%), horário especial de funcionamento (<16%), equipe ampliada (<12%) e insumos (<89%) em todos os ciclos do PMAQ-AB, quando comparadas às demais regiões.</p> <p>Já os itens relacionados ao processo de trabalho apresentaram pouca variação entre as regiões, e os que apresentaram percentuais médios \leq 75% de adequação foram: agenda especializada (41%, 33%, 41%), apoio matricial (58%, 72%, 70%), oferta e resolubilidade de ações (62%, 64%, 75%) e educação permanente (35%, 42%, 58%).</p>
----	----------------------	--	---	--	--

Fonte: Autor, 2022.

Por fim, é válido que o PMAQ-AB, constituiu-se enquanto importante política para melhoria da AB, alcançando muitos de seus objetivos, por meio de incentivo financeiro à estruturação da AB e pagamento por desempenho as equipes das UBS. Todavia, apesar das pesquisas apontarem resultados consideráveis, com a reformulação e publicação do novo modelo de financiamento da AB, o PMAQ-AB foi extinto e substituído pelo Previne Brasil. Um novo modelo fundamentado em três eixos: a) Substituição do PAB Fixo e Variável pela Capitação Ponderada, deixando de existir repasses regulares de base populacional e incentivos para custeio de eqAB Nasf-AB e o PMAQ-AB; b) Incentivos do PMAQ substituídos por repasses condicionados ao desempenho e; c) Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passarão a compor o eixo de adesão a programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora e o Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS (MACIEL, 2021; SETA et al. 2021).

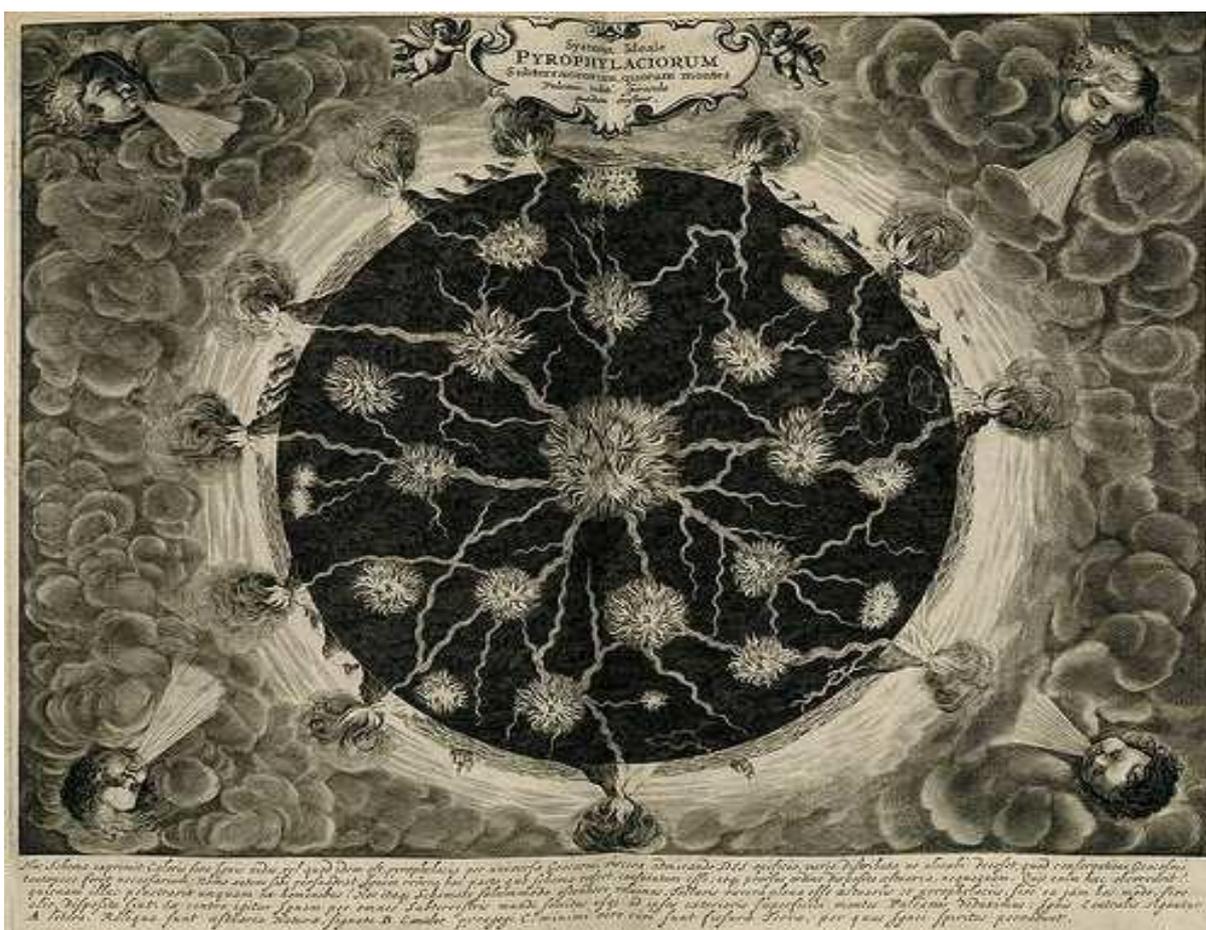
3.5 ANÁLISE DE REDES

No campo da mitologia, o lendário herói grego Teseu derrotou o Minotauro, um monstro que habitava o labirinto mantido pelo rei Minos. No mito grego, após matar o Minotauro, Teseu só conseguiu sair do labirinto devido um cordão de ouro dado por Ariadne, o qual, possibilitou a ele reconstituir seus passos. Assim, o cordão de Ariadne nos parece uma metáfora adequada para simbolizar um contexto, no qual, para resolvermos inicialmente um dado problema, é preciso reconstituir o caminho que nos levou até ele (CAVALCANTE, 2009).

A compreensão sobre a complexidade do mundo que nos cerca é uma difícil tarefa, e contar com princípios que capturem as características essenciais destes sistemas naturalmente complexos é sempre válido. Um destes princípios, refere-se a sua organização em rede, constituída por diversos elementos que interagem entre si. Na natureza, por exemplo, existe uma imensidão desses sistemas: pessoas e redes sociais, neurônios e cérebro, computadores e redes de telecomunicação, entre outros (BORNHOLDT et al., 2003).

Na história do estudo das Redes, dois nomes serão destacados no presente estudo, o primeiro trata-se de Athanasius Kircher (1602-1680), um Jesuíta alemão, ocultista e polímata, considerado uma das mais curiosas e polêmicas personalidades da história da ciência, tendo sido também o primeiro a imaginar uma rede. Este, apresentava em sua rede, um mundo subterrâneo interligado por meio de canais que chegavam ou partiam de cavernas de fogo, como observado na figura 5. Sem dúvidas, essa foi uma impressionante proposta para uma época onde os mapas limitavam-se a apresentações superficial de cidades, sem considerar suas respectivas ligações. Nesse sentido, a rede de Kircher poderia ser considerado como uma previsão de uma rede moderna, responsável pela interligação de pessoas, fornecimento de energia elétrica, e etc (CAVALCANTE, 2009).

Figura 05: Rede interligando o mundo subterrâneo, proposta por Kircher.

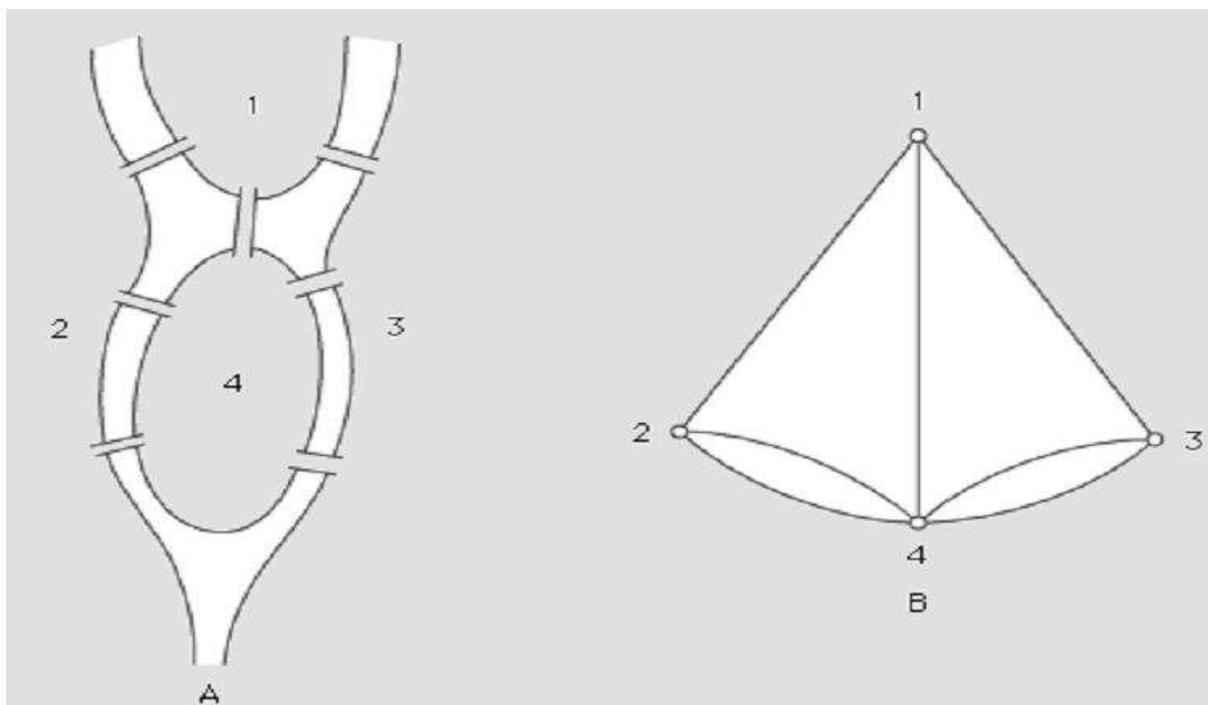


Fonte: CAVALCANTE, 2009.

O segundo nome a ser referido, é do suíço Leonhard Euler. No século XVIII, na cidade de Königsberg, capital da Prússia oriental, uma intrigante situação devido a configuração estrutural da cidade, mexia com a imaginação de sua população. A cidade que fora construída a volta do rio Pregel, contava com 7 pontes que ligavam todas as suas partes. Todavia, o quebra-cabeça popular na época era saber se existia uma forma de atravessar todas as 7 pontes, sem passar por mais de uma vez em uma mesma ponte, retornando assim ao ponto inicial. Foi envolto a essa incógnita que Euler, provou a impossibilidade da existência deste caminho, baseando-se na observação, retratando que o caminho não existia devido ao número de nós e links. Diante disso, ele não somente resolveu o dado problema, como também iniciou um ramo da Matemática que seria chamado posteriormente de Teoria dos Grafos (CAVALCANTE, 2009; LUKE et al. 2007).

Na figura 6 é retratado o esquema de Königsberg, onde os nodos deste sistema são as regiões 1, 2, 3, e 4, e as arestas representadas pelas pontes que conectam estes nodos.

Figura 6. Esquema de Königsberg.



Fonte: CAVALCANTE, 2009.

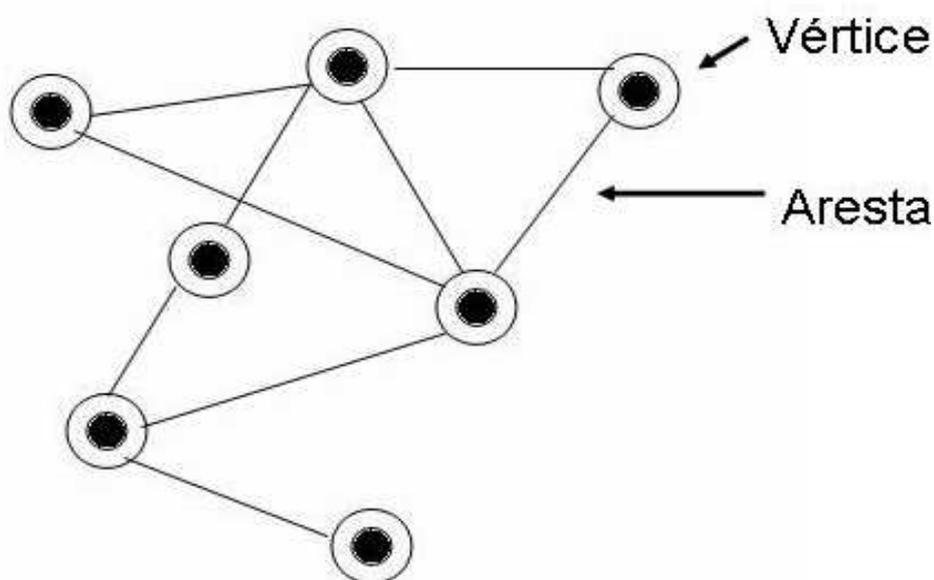
Nesse contexto, tratando-se de uma abordagem originária da teoria dos grafos, campo matemático idealizado por Euler no século XVIII, a ciência em rede

estuda as relações entre objetos. Entretanto, ressalta-se que as redes também possuem raízes sociológicas, principalmente no que se refere a estudo das relações entre seres humanos, considerando diferentes grupos, como de família, amigos e colegas de trabalho (LEME et al., 2020).

Tal ciência, vem emergindo no século XXI através de variados campos de pesquisa, sendo este um modelo matemático que superou o reducionismo, baseando-se em dados de sistemas complexos. Isso se deu, principalmente devido ao fato do reducionismo se referir a uma teoria de ligações e nós individuais entre um fator e outro, em contrapartida, na teoria das redes é oportunizado a visualização do todo e suas interconexões (BARABÁSI et al., 2012).

Segundo Cavalcante (2009) as redes podem ser descritas como um agregado de itens conectados entre si. Sendo esses itens são chamados de vértices ou nodos, e as conexões entre eles são chamadas de arestas. Ademais, as redes podem ser formadas por átomos, moléculas, plantas, células, palavras, citações, páginas da web, etc. Através da figura 7, é possível observar um modelo básico de rede com 7 vértices e 9 arestas.

Figura 7. Modelo gráfico básico de Rede.



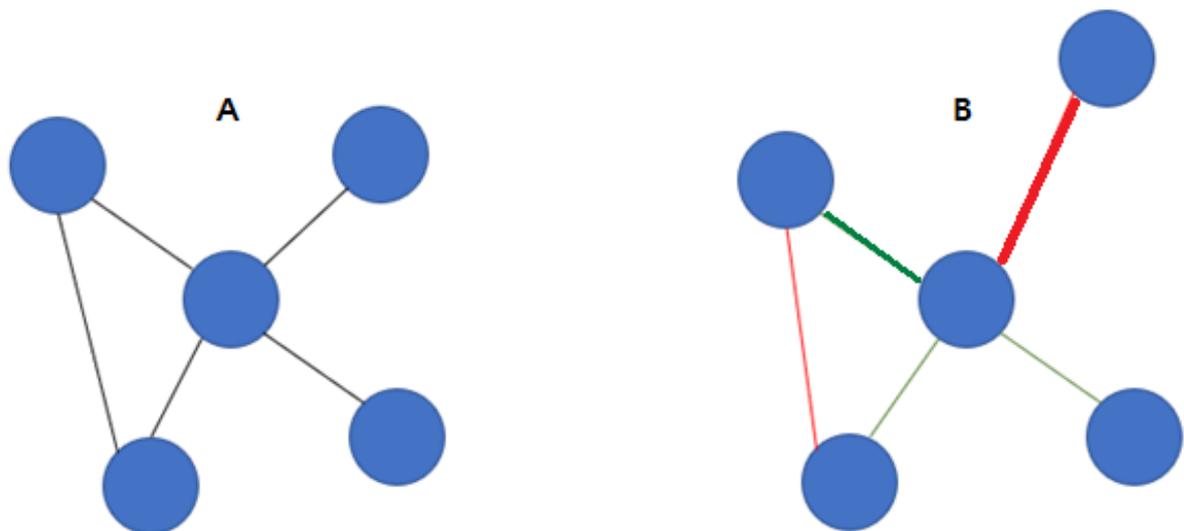
Fonte: CAVALCANTE, 2009.

Como já observado, as Redes podem ser caracterizadas enquanto estruturas gráficas constituídas por nodos/vertices, elementos em formato de círculo que

representam variáveis ou itens de uma determinada escala de avaliação, e por linhas denominadas de arestas. No que diz respeito as classificações das redes, estas podem ser classificadas enquanto não ponderadas e ponderadas, onde, nas redes não ponderadas, as arestas representam apenas relação entre os nodos, enquanto que nas redes ponderadas a amplitude das relações é evidenciada através da espessura das conexões entre os nodos. Ainda, vale ressaltar que as arestas também podem variar de coloração, de acordo com a direção de sua relação. Por padrão, os programas estatísticos definem a cor verde ou azul como uma relação positiva, e a cor vermelha, para uma relação negativa (LEME et al., 2020).

Na figura 8, já é possível observar uma representação de dois modelos gráficos de Rede, sendo o gráfico identificado pela letra (A) classificado como Não Ponderado de relações exclusivamente positivas e o gráfico (B) Ponderado, de relações variadas entre positivas e negativas.

Figura 8. Representação de modelo gráfico de análise de Rede por classificação.



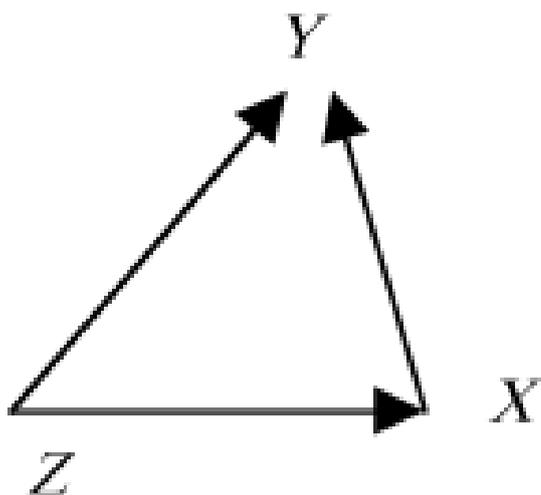
Fonte: Autor, 2022.

Outras duas formas de classificações das redes são trazidas por Leme et al. 2020 e Martins et al. 2020. Na primeira, a classificação se dá entre direcionais ou não direcionais (figura 8), onde as arestas nas direcionais apresentam-se com setas em uma de suas pontas, indicando uma provável via de influência. Estas são mais utilizados em estudos longitudinais, quanto que as redes não direcionais, não

apresentam as setas pelo fato da cautela em sua interpretação dos dados, e são mais aplicadas em estudos transversais.

A figura 9 apresenta um modelo gráfico de Redes Direcionais.

Figura 9. Modelo de Redes direcionais.



Fonte: PEARL, 2000.

Na segunda classificação, existe a representação numérica dos nodos e arestas de um grafo, através das matrizes bidimensionais, sendo a Matriz de Adjacência a mais conhecida e utilizada. Está é uma matriz ($n \times n$), onde é relacionado o valor 0 se não existir conexões entre um nodo e outro e o valor 1 caso essa conexão exista (LEME et al. 2020; CAVALCANTE, 2009).

Quadro 5. Matriz de Adjacência.

	JOÃO (A)	FERNANDA (B)	MIGUEL (C)	VANESSA (D)
JOÃO (A)	-----	1	0	1
FERNANDA (B)	1	-----	1	1
MIGUEL (C)	0	1	-----	1
VANESSA (D)	0	1	1	-----

Fonte: Autor, 2022.

A importância dos nodos no sistema é outro fator a ser considerado e analisado, essa medida é dada através do índice de centralidade de três aspectos básicos: conectividade (betweenness), proximidade (closeness) e força (strength). Assim, a medida de força (strength) é derivada da soma de todos os pesos dos caminhos que conectam um dado nodo aos demais, sendo utilizada em redes ponderadas, indicando a variável que tem mais força no sistema (LEME et al., 2020).

As análises de Redes apresentam-se como importantes ferramentas para superação das limitações de outras técnicas analíticas, já que enquanto modelos matemáticos, combinam diferentes algoritmos e técnicas gráficas e que representam modelos multivariados, direcionais e não direcionais e de séries temporais, que visam analisar variáveis de diferentes naturezas, e que interagem de forma não linear. Nessa perceptiva, a análise de rede parece ser uma técnica de apropriada aplicação para a ciência da saúde, especialmente em pesquisas epidemiológicas, onde comumente se estudam situações comportamentais e relacionais, inerentes ao processo de transmissão de doenças, associações entre doenças crônicas, difusão de informações e inovações em saúde e influência de grupos em relação aos comportamentos de risco em saúde (LEME et al. 2020; EPSKAP et al. 2012).

Corroborando com o exposto acima, RIBEIRO et al, 2021 a partir de um estudo transversal que utilizou do modelo de redes para análise de seus dados, verificou a associação e a influência entre variáveis sociodemográficas, laborais, impactos da pandemia (desesperança, contaminação, óbito na família), traços de personalidade e a saúde mental em 155 profissionais de saúde brasileiros em dois diferentes períodos da pandemia de COVID-19. Através desse método, foi possível constatar que sintomas como depressão, ansiedade e estresse foram os mais influentes, e apresentaram associações com a desesperança nos dois tempos. Diante disso, verificou-se que os alvos para intervenções junto aos profissionais de saúde podem ser diferenciados de acordo com o dado período, ou seja, no início ou no decorrer do contexto pandêmico.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Foi conduzida uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, com dados secundários obtidos através da base de dados de dois estudos transversais e de abrangência nacional: o 3º Ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB e os relatórios emitidos pelo Vigitel no ano de 2017. O caráter descritivo da pesquisa permite apresentar determinadas características da população e/ou fenômeno estudado, estabelecendo relações entre variáveis, enquanto que o corte transversal do estudo se dá pelo fato dos dados utilizados serem referentes a um período específico no tempo, provenientes de fontes primárias ou secundárias (ROMANOWSKI et al., 2019).

4.2 Local da Pesquisa

O estudo é constituído por dados secundários do PMAQ-AB em nível nacional, e dos relatórios emitidos pelo instrumento Vigitel. Atualmente a população brasileira é estimada em pouco mais de 214 milhões de habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Será considerado no estudo como Região do país, os agrupamentos das unidades da federação: Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul. No quadro 6, é possível observar a distribuição da população, no ano de 2022, por região, estado e seus municípios.

Quadro 6. População brasileira distribuída por região, estado e seus municípios.

Regiões	Estados	População	Nº de Municípios
Norte	Acre	920.481	450
	Amapá	894.960	
	Amazonas	4.337.967	
	Pará	8.871.078	
	Rondônia	1.835.379	
	Roraima	662.976	
	Tocantins	1.625.830	
	Alagoas	3.379.722	
	Bahia	15.040.216	

Nordeste	Ceará	9.297.704	1.794
	Maranhão	7.194.574	
	Paraíba	4.081.496	
	Pernambuco	9.737.335	
	Piauí	3.296.221	
	Rio Grande do Norte	3.589.798	
Centro-oeste	Sergipe	2.359.672	467
	Distrito Federal	3.133.919	
	Goiás	7.309.052	
	Mato Grosso	3.611.175	
Sudeste	Mato Grosso do Sul	2.871.031	1.668
	Espirito santo	4.156.070	
	Minas Gerais	21.536.320	
	Rio de Janeiro	17.563.209	
Sul	São Paulo	47.031.358	1.191
	Panará	11.682.967	
	Rio Grande do Sul	11.511.658	
	Santa Catarina	7.430.488	

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2022.

Através do quadro 7, observa-se a proporção populacional, o número de EqSF e a estimativa de cobertura de usuários nas regiões do país no ano de 2019.

Quadro 7. Proporção de usuários do SUS cobertos por equipes da ESF, segundo as regiões brasileiras no ano 2019.

Regiões	População	Nº de ESF implantadas	Estimativa populacional de cobertura da ESF
Norte	18.182.253	3.668	11.574.263
Nordeste	56.760.780	15.458	44.807.909
Centro-oeste	16.085.885	3.162	10.142.173
Sudeste	87.711.946	14.245	46.142.442
Sul	29.754.036	6.186	19.638.307

Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, maio de 2019

4.3 População e Amostra do Estudo

A amostra do estudo será composta pelas EqSF que aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB, totalizando 38.865 equipes certificadas, e pelos 53.034 mil brasileiros que participaram das entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel no ano de 2017. A seguir, o quadro 8 demonstra os tipos de equipes que aderiram ao PMAQ-AB e sua distribuição nas regiões do país.

Quadro 8. Adesão de equipes ao PMAQ-AB e sua distribuição por região no ano de 2019.

Região	Município			Equipe AB e AB/SB		
	Qtd municípios	Enviados	Percentual	Qtd de equipes	Enviadas	Percentual
Norte	433	431	99,54%	3199	3197	99,94%
Nordeste	1756	1750	99,66%	14489	14481	99,45%
Centro-Oeste	466	463	99,36%	2669	2660	99,67%
Sudeste	1582	1581	99,94%	12854	12850	99,97%
Sul	1087	1079	99,27%	5654	5645	99,85%
Total	5324	5304	99,63%	38865	38833	99,92%

Fonte: Dados extraídos do e-Gestor, agosto de 2019

O quadro 9, apresenta o desempenho do sistema Vigitel através da proporção de adesão, por parte da população, as entrevistas telefônicas em cada uma das regiões do país no ano de 2017.

Quadro 9. Proporção por região de adesão a entrevista telefônica do Vigitel no ano de 2017.

Região	Município/Capital		
	Nº de linhas elegíveis	Nº de entrevistas realizadas	Percentual
Norte	18.322	12.426	67,82%
Nordeste	25.620	18.382	71,74%
Centro-oeste	11.483	8.012	69,77%
Sudeste	11.201	8.114	72,43%
Sul	8.919	6.100	68,39%
Total	75.545	53.034	70,20%

Fonte: Dados extraídos do Vigitel/2017

4.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada através de fontes secundárias, na quais foram incluídas questões extraídas do Instrumento aplicado na fase de Avaliação Externa das 38.865 EqSF que aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB em 2015, e do Vigitel, aplicados durante as entrevistas telefônicas com os 53.034 participantes no de 2017.

Durante processo de coleta dos dados primários da Avaliação Externa do PMAQ-AB no Brasil, o MS contou com o apoio de instituições de ensino/pesquisa com reconhecida experiência em pesquisas avaliativas na organização e trabalho de campo, incluindo seleção e capacitação de entrevistadores que aplicaram o instrumento de avaliação. Conforme itinerário planejado e definido pelas Instituições de ensino/pesquisa e após contato com as respectivas gestões municipais, os entrevistadores visitaram as EqAB, sendo a coleta dos dados executada por meio de questionário eletrônico disponibilizado em tablets e com envio on-line para o Sistema de Gestão da Avaliação Externa do PMAQ-AB, onde esses dados foram armazenados, validados e disponibilizados posteriormente para gestores, Universidades e comunidade.

Os dados coletados estão disponíveis em banco de dados do MS, no site do DAB (www.saude.gov.br/dab). Destaca-se que os dados são referentes à fase de Avaliação Externa, e que as questões coletadas para a construção do presente estudo, fazem parte do Módulos: II - Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS.

A aplicação do módulo II foi realizada em cada unidade de saúde junto ao profissional médico ou enfermeiro, que obtivesse maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe. No momento da avaliação externa se o médico ou enfermeiro não estivesse para responder a entrevista outro profissional de nível superior da equipe poderia ser entrevistado. No entanto, a equipe seria prejudicada no componente da avaliação externa na Certificação do Programa.

No que diz respeito ao Vigitel, as entrevistas telefônicas ocorreram entre os meses de janeiro e dezembro de 2017, envolvendo uma equipe de aproximadamente 40 entrevistadores, 04 supervisores e 02 coordenadores, previamente treinados e supervisionados durante toda a operação do sistema por

pesquisadores do Nupens/USP, do Geppaas/UFMG e por técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS. O questionário do Vigitel foi construído de modo a viabilizar a realização de entrevistas telefônicas, contendo perguntas que abordam: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; b) características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT; c) peso e altura referidos; d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e) autoavaliação do estado de saúde do entrevistado, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes; f) realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres; g) posse de plano de saúde ou convênio médico; e h) questões relacionadas a situações no trânsito.

4.4.1 Variáveis de Interesse

As variáveis coletadas através de instrumentos e que foram analisadas neste estudo estão representadas no Quadro 10 e na Figura 10, de acordo com o módulo de interesse, perguntas e respostas e suas determinadas categorizações.

4.4.1.1 Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS

Na avaliação dos indicadores de entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS, foram incluídas um total de 14 questões do PMAQ-AB, conforme observado no quadro 10. Essas questões visaram avaliar a atuação e envolvimento das equipes da UBS, no que diz respeito ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado a saúde da população adscrita, ou seja, a atuação de forma individual ou compartilhada em atividades de Promoção, Prevenção e do Cuidado a saúde.

Quadro 10. Questões dos Indicadores do PMAQ-AB referentes ao Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS.

Item do PMAQ-AB	Questão	Escala de Resposta
II.3	Apoio Matricial para as equipes de AB	
II.3.1 - (4*)	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não
II.6	Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	
II.6.3 - (5*)	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?	Sim
		Não
II.6.6 - (6*)	A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	Sim
		Não
II.8	Planejamento da Equipe e Apoio Institucional	
II.8.3 - (7*)	A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim
		Não
II.8.5 - (8*)	A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim
		Não
II.8.11 - (9*)	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim
		Não
II.14	Câncer de Colo do Útero e da Mama	
II.14.9 - (10*)	A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?	Sim
		Não
II.19	Atenção à Pessoa com Obesidade	
II.19.1 - (11*)	A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura)	Sim
		Não
II.25	Visita Domiciliar	
II.25.4 - (12*)	As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	Sim
		Não
II.26	Promoção à Saúde	
II.26.1 - (13*)	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	Sim
		Não
II.26.3 - (14*)	A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?	Sim
		Não

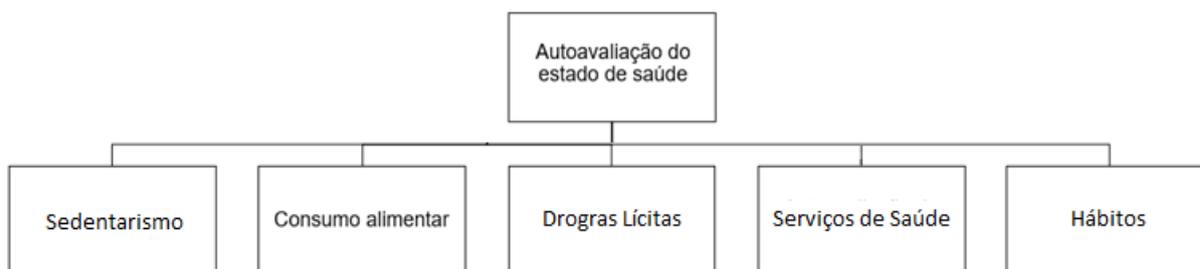
II.27	Programa Academia da Saúde	
II.27.3 - (15*)	A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	Sim
		Não
II.28	Atividades na Escola e Programa Saúde na Escola	
II.28.2 - (16*)	A equipe participa do Programa Saúde na Escola?	Sim
		Não
II.29	Práticas Integrativas e Complementares	
II.29.1 - (17*)	A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	Sim
		Não

Fonte: Extraído do Instrumento de avaliação externa 3º Ciclo, 2017.
(N*) numeração da variável junto a representação gráfica das redes.

4.4.1.2 – Indicadores do Vigitel

A avaliação dos indicadores do Vigitel ocorreu dentro de 05 dimensões (Sedentarismo, Consumo Alimentar, Drogas Ilícitas, Hábitos de vida e Acesso a Serviços de Saúde), considerando também a influências destas dimensões na Autoavaliação Negativa do estado de saúde dos entrevistados.

Figura 10. Representação visual das dimensões dos Indicadores do Vigitel.



Fonte: Autor, 2022.

4.5 Análise dos Dados

Foi avaliado as interações entre as variáveis do Módulo II – Entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS (Apoio Matricial para as equipes de AB; Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica; Planejamento da Equipe e Apoio Institucional; Câncer de Colo do Útero e da Mama; Atenção à Pessoa com Obesidade; Visita Domiciliar; Promoção à Saúde;

Programa Academia da Saúde; Atividades na Escola e Programa Saúde na Escola (PSE) e Práticas Integrativas e Complementares), referentes ao instrumento do PMAQ-AB, assim como as interações entre os Indicadores do Vigitel (Sedentarismo, Consumo Alimentar, Drogas Ilícitas, Hábitos de vida e Acesso a Serviços de Saúde).

Para isso, os dados obtidos foram analisados por meio do software IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 26, e o programa JASP para IOS, versão 0.14, com a finalidade de traçar graficamente as redes e calcular seus respectivos ajustes. Com o modelo gráfico já estimado, foi apresentado uma estrutura de rede, onde os nodos (vértices) representam as variáveis, e as arestas (linhas) representam as relações entre tais variáveis. Ainda, ressalta-se que o algoritmo Fruchterman-Reingold foi aplicado para que os dados fossem apresentados em espaço relativo, o qual as variáveis com associação mais forte permanecem juntas e com relações menos fortes se repelem-se (FRUCHTERMAN et al., 1991).

Para obtenção da matriz de precisão (matriz de peso), foi utilizado na análise de rede algoritmos regularizados de redução absoluta e operador de seleção (LASSO). Quando padronizada, esta matriz representara as associações entre as variáveis da rede. As linhas azuis representarão as associações positivas e as linhas vermelhas representarão as associações negativas. Ademais, a espessura e a intensidade das linhas representarão a magnitude das associações.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo fez parte do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o nº 21904, de 13 de março de 2012 (ANEXO). Ainda, convém ressaltar que esta investigação seguiu todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, assegurando princípios de confidencialidade e sigilo dos envolvidos. De acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil.

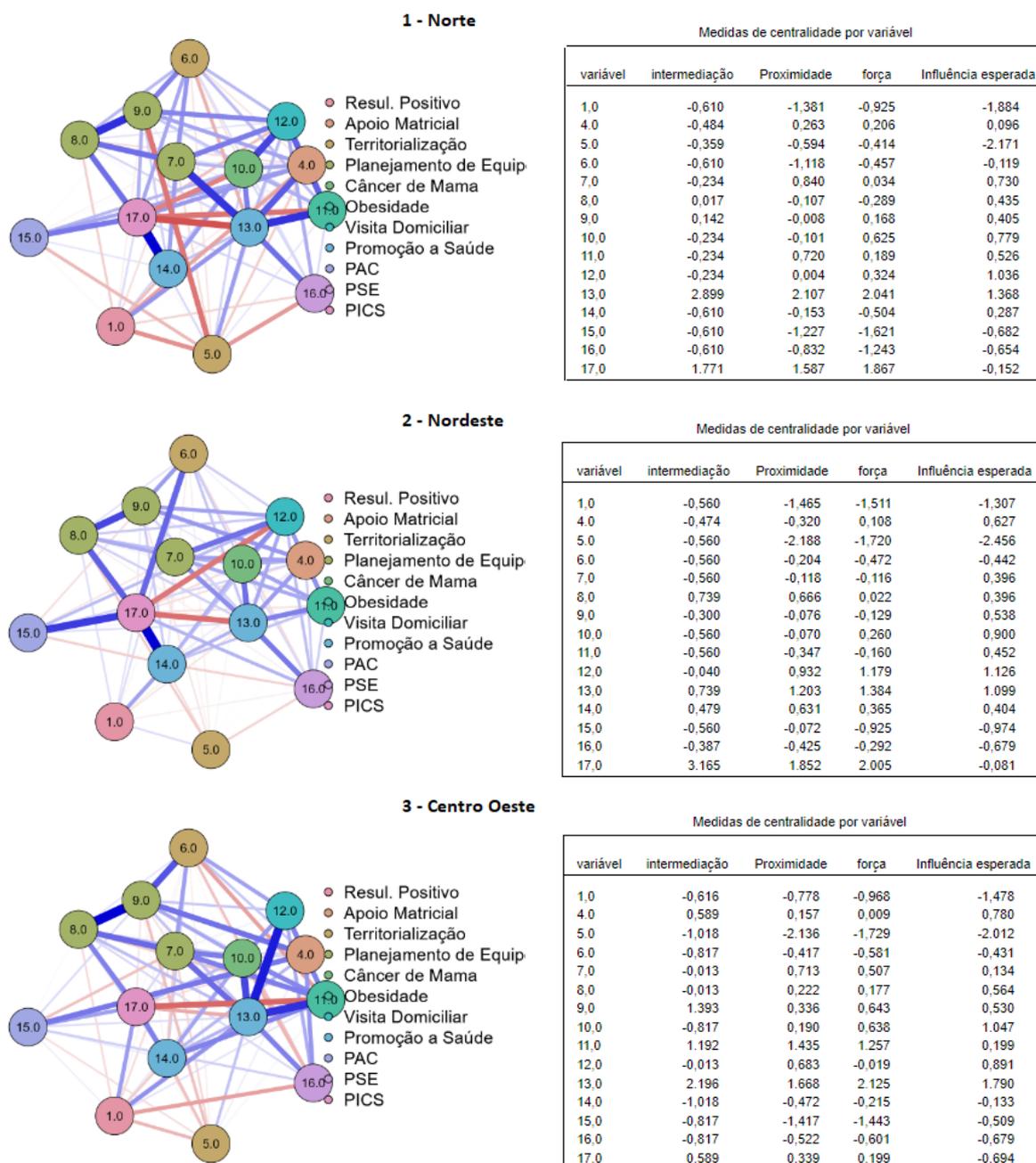
5. RESULTADOS

As análises apresentadas neste tópico foram divididas em duas partes: parte I – composta pela representação gráfica das redes, pelas medidas de centralidade e pelos parâmetros da matriz de peso dos indicadores do PMAQ-AB por região (Figuras 11, 12, 13 e 14); parte II - composta pela representação gráfica das redes, pelas medidas de centralidade e pelos parâmetros da matriz de peso dos indicadores do Vigitel por região (Figuras 15, 16, 17 e 18). Sobre a forma de organização das variáveis na análise dos indicadores do PMAQ-AB e Vigitel, a variável chave (01) do PMAQ-AB tratou-se de um consolidado da classificação de desempenhos positivos, ou seja, representa as equipes avaliadas que obtiveram a classificação entre Bom, Muito Bom e Ótimo na etapa de certificação. A variável chave (01) do Vigitel, refere-se a Auto Avaliação Negativa do Estado de Saúde. Assim, uma das relações possíveis de observar no presente estudo, refere-se ao comportamento na rede dos demais indicadores do PMAQ-AB e do Vigitel, sobre o desempenho das equipes avaliadas e sobre a autoavaliação de saúde pelos entrevistados.

5.1 Representação gráfica das redes, medidas de centralidade e parâmetros da matriz de peso dos indicadores do PMAQ-AB por região

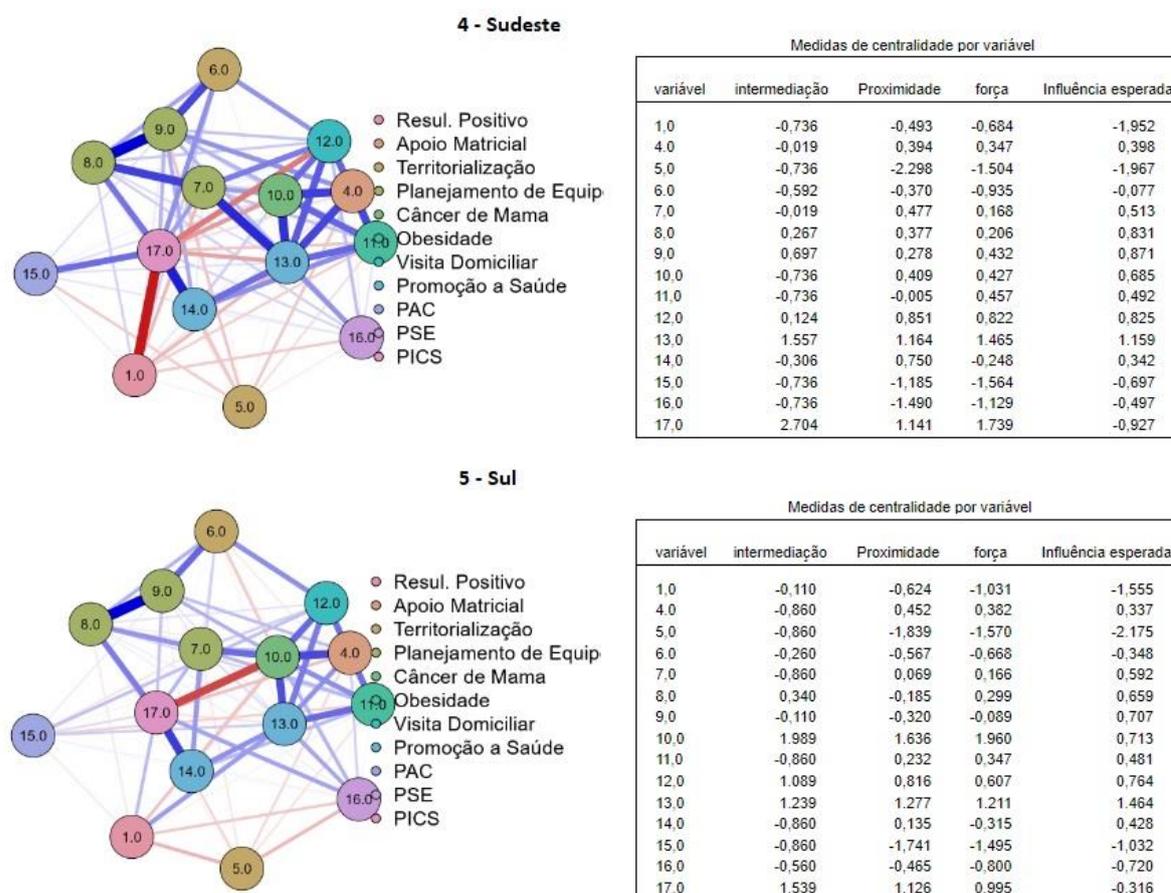
As Figuras 11 e 12 apresentadas a seguir, trazem as configurações das redes com as variáveis analisadas por dimensão (Resultado Positivo; Apoio Matricial; Territorialização; Planejamento de Equipes; Câncer de Mama; Obesidade; Visita Domiciliar; Promoção a Saúde; Programa Academia da Cidade; Programa Saúde na Escola e Práticas Integrativas e Complementares), e divididas por região (Norte; Nordeste; Centro Oeste; Sudeste e Sul). Além disso, as referidas figuras contam ainda com as principais medidas de centralidade (Intermediação; Proximidade; Força e Influência esperada).

Figura 11. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do PMAQ-AB por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.



Fonte: Autor, 2023.

Figura 12. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do PMAQ-AB por região Sudeste e Sul.

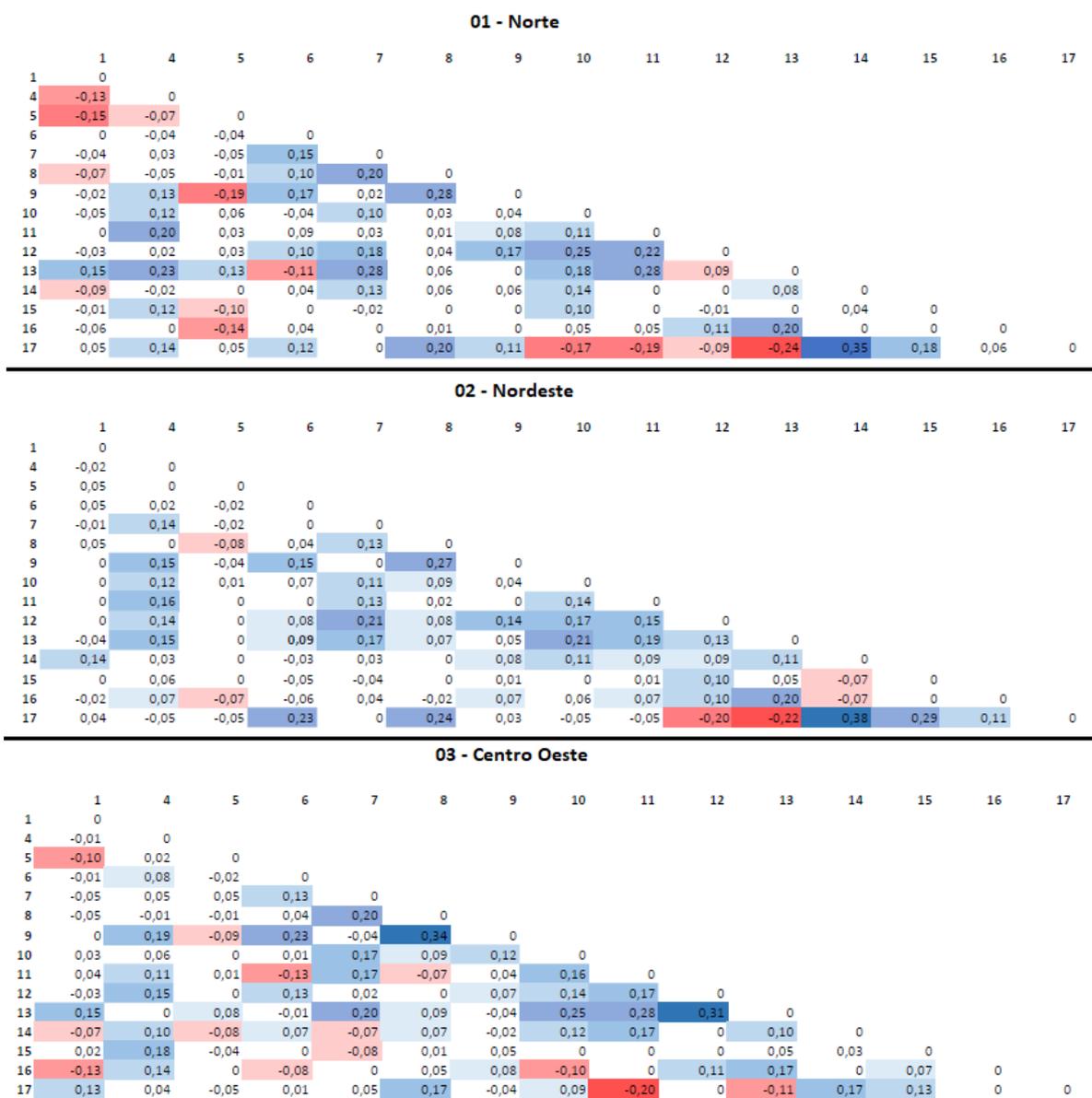


Fonte: Autor, 2023.

Ao realizar a análise de uma rede, um aspecto importante a se identificar são os vértices e arestas de maior importância nesta. Para isso, conta-se com as medidas de centralidade enquanto uma forma de quantificar tal importância. Assim, os parâmetros de centralidade apresentados na análise de redes (Figuras 11 e 12), permitiram constatar através dos valores de influência esperada que o desenvolvimento de ações de Promoção a Saúde (13) e a periodicidade de visitas domiciliares segundo critérios de risco/vulnerabilidade (12), foram os fatores de maior influência nas redes do PMAQ-AB [1.368; 1.790; 1.159; 1.464; 1.126]. Ainda, foi observado também que o desenvolvimento de ações de Promoção a Saúde (13) e a oferta de serviços das PICs no território (17) foram as variáveis que mais espalharam efeito nas redes [2.899; 2.196; 1.539; 2.704; 3.165].

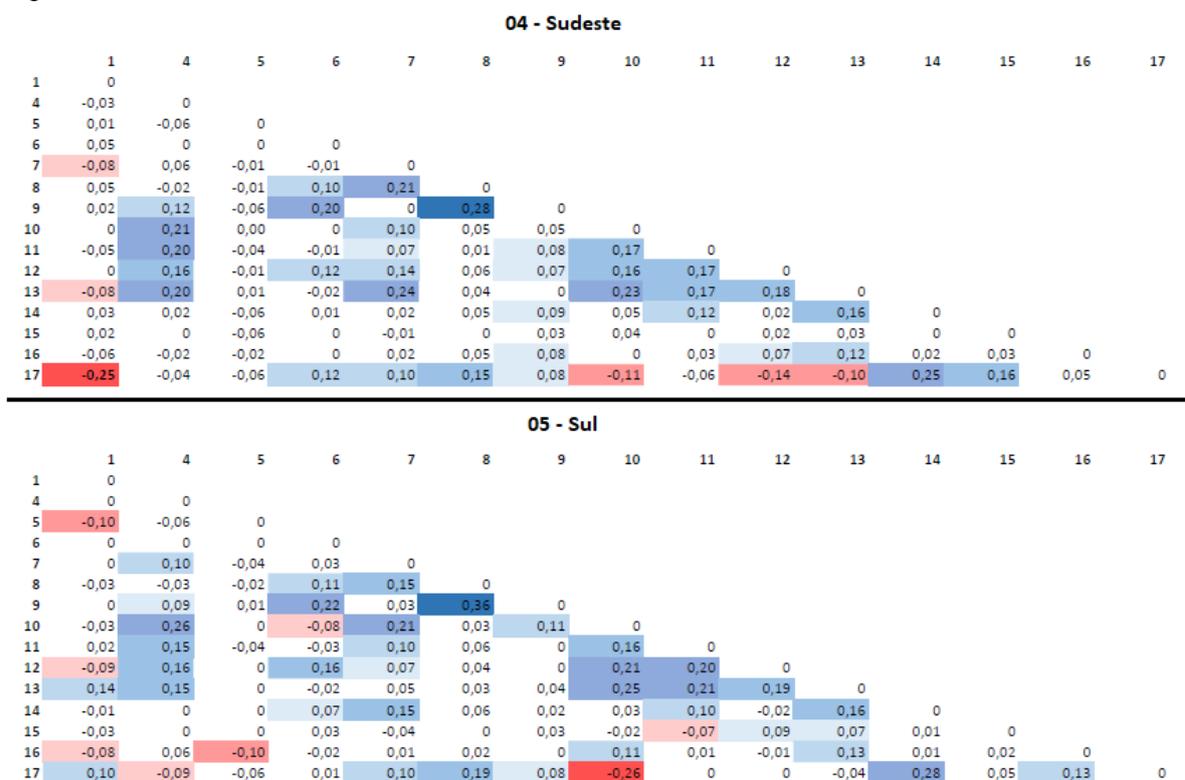
Na análise da representação gráfica das redes (Figuras 11 e 12), também foi possível observar entre as diferentes regiões do país alterações em sua topologia. Junto a isso, a matriz de peso apresentada através das Figuras 13 e 14 permitiu avaliar as principais correlações entre as variáveis das redes.

Figura 13. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do PMAQ-AB por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.



Fonte: Autor, 2023.

Figura 14. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do PMAQ-AB por região Sudeste e Sul.



Fonte: Autor, 2023.

Desse modo, as associações negativas mais evidentes observadas durante a análise se deram entre: a oferta de serviços das PICs no território (17) junto as variáveis referentes ao desenvolvimento de ações de Promoção a Saúde (13) [-0,24; -0,22]; a avaliação antropométrica nos usuários atendidos (11) [-0,20]; a adoção de estratégias de divulgação/sensibilização para realização do exame das mamas (10) [-0,26]; e a variável chave (01) [-0,25]. Ressalta-se ainda, que essa última associação negativa foi observada apenas na região Sudeste.

No que diz respeito as associações positivas encontradas no presente estudo, as mais evidentes foram entre: a oferta de serviços das PICs no território (17) junto a adoção do Guia Alimentar para a População Brasileira nos atendimentos (14) [0,35; 0,38]; a disponibilidade de informações pela gestão para análise de situação de saúde da população no território (09) junto ao monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde (08) [0,34; 0,28; 0,36]; e o desenvolvimento de ações de Promoção a Saúde (13) junto a periodicidade de visitas domiciliares segundo critérios de risco/vulnerabilidade (12) [0,31]. A variável chave (01)

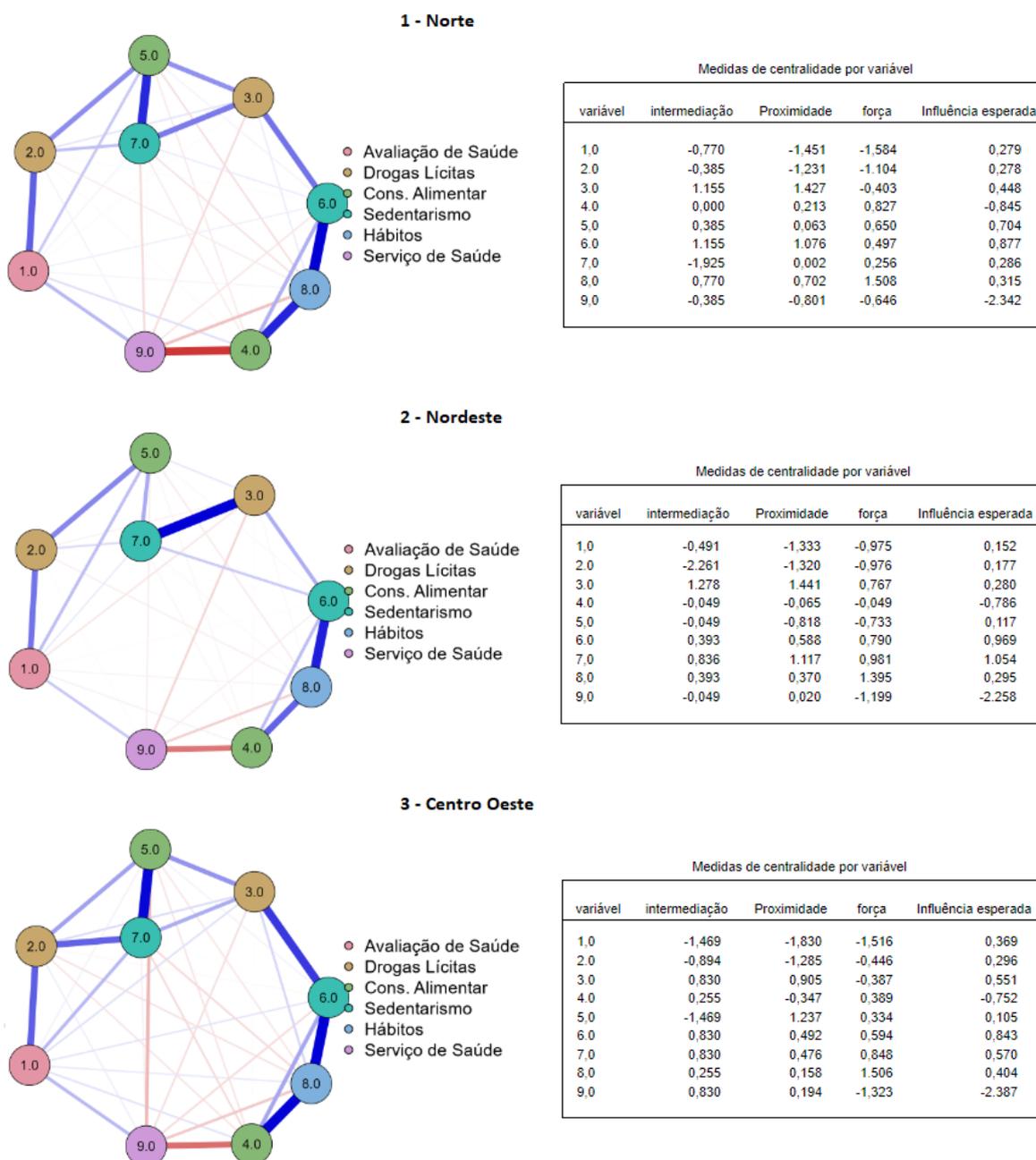
apresentou associação positiva com o desenvolvimento de ações de Promoção a Saúde (13) nas regiões Norte, Centro Oeste e Sul [0,15; 0,15; 0,14].

Tais resultados sugerem que para uma melhoria no que diz respeito ao processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado, a adoção das práticas de promoção a saúde pelas EqAB parece ter um papel fundamental, sendo possivelmente uma prioridade de intervenção para gestores. Todavia, os resultados também demonstram que o fato das EqAB ofertarem serviços de práticas complementares como os da PICs junto a população, parece não influenciar na adoção de algumas importantes estratégias de prevenção e promoção a saúde. Ressaltando ainda, a considerável relação negativa com o desempenho das equipes no Ciclo do PMAQ-AB na região sudeste.

5.2 Representação gráfica das redes, medidas de centralidade e parâmetros da matriz de peso dos indicadores do Vigitel por região

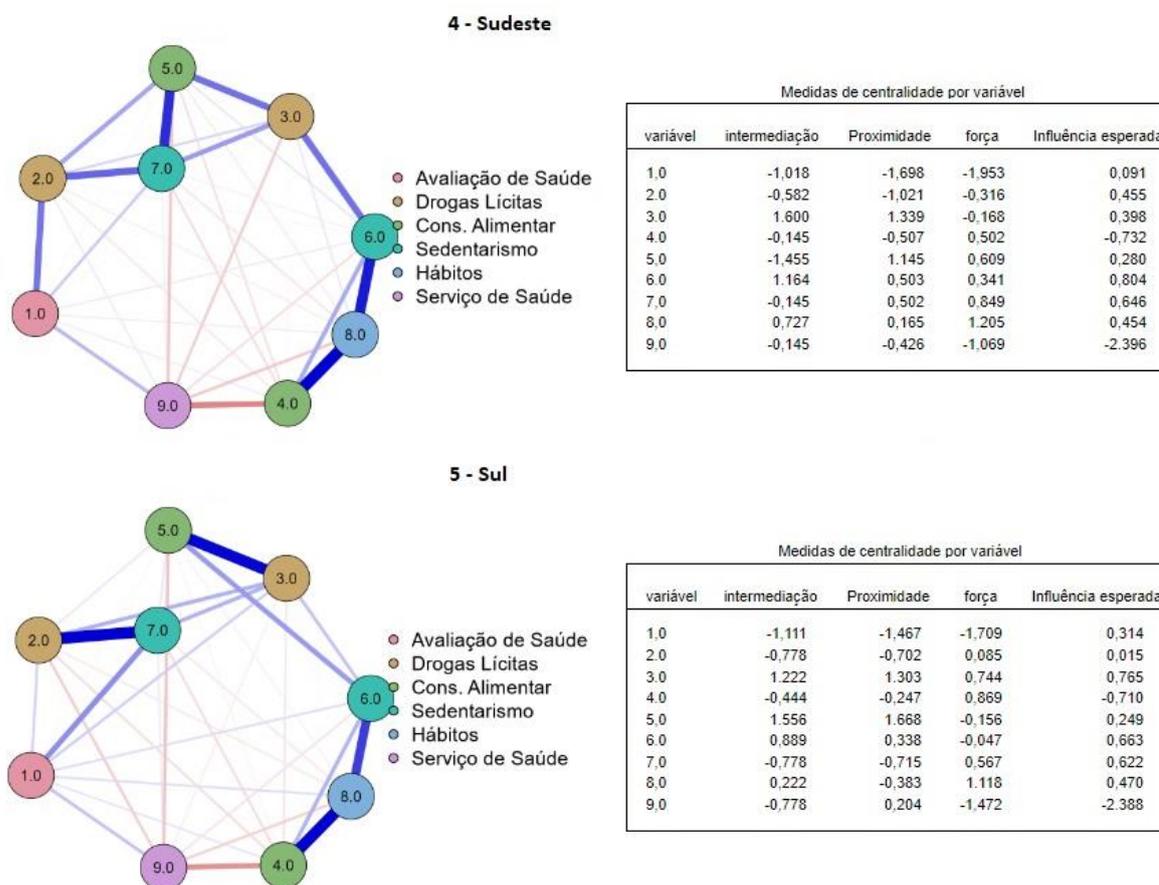
Referente aos indicadores Vigitel, as Figuras 15 e 16 trazem as configurações das redes com as variáveis analisadas por dimensão (Avaliação da Saúde; Drogas Lícitas; Consumo Alimentar; Sedentarismo; Hábitos de Vida e Acesso ao Serviços de Saúde), e divididas por região (Norte; Nordeste; Centro Oeste; Sudeste e Sul). Ainda, constam nas referidas figuras as principais medidas de centralidade (Intermediação; Proximidade; Força e Influência esperada).

Figura 15. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.



Fonte: Autor, 2023.

Figura 16. Representação gráfica das redes e medidas de centralidade de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.

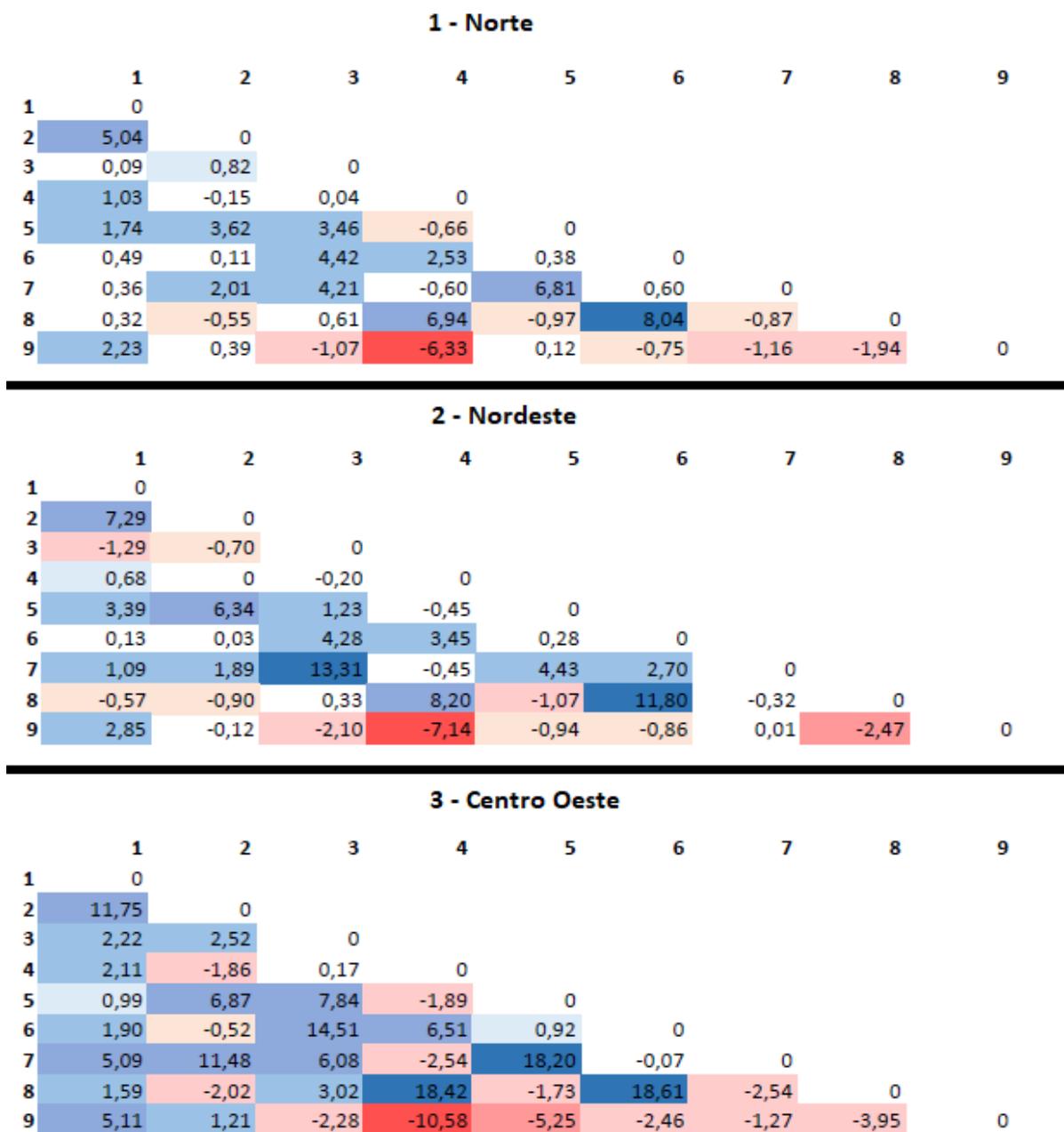


Fonte: Autor, 2023.

Partindo dos parâmetros de centralidade apresentados na análise de redes (Figuras 15 e 16), permitiu-se constatar através dos valores de influência esperada que a prática insuficiente de atividade física (06), a Inatividade Física (07), e o consumo de bebidas alcoólicas (03) foram os fatores de maior influência nas redes do Vigitel [0.877; 0.843; 0.804; 1.054; 0.765]. Sobre as variáveis que mais espalharam efeito nas redes, destacaram-se o consumo de bebidas alcoólicas (03) e o consumo de refrigerantes (05) [1.555; 1.278; 0.830; 1.600; 1.556].

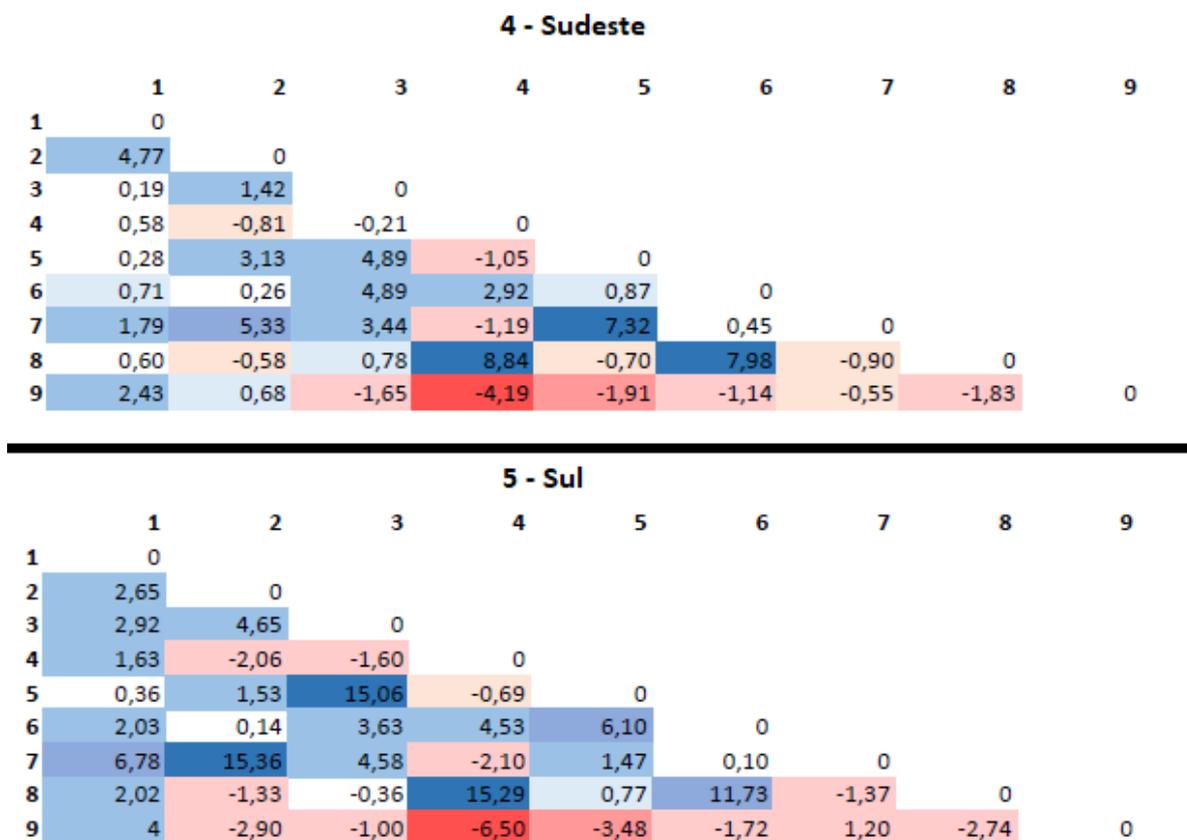
Na análise de representação gráfica das redes do Vigitel (Figuras 15 e 16), também foi possível observar entre as diferentes regiões do país alterações em sua topologia. Ainda, a matriz de peso apresentada através das Figuras 17 e 18 permitiu avaliar as principais correlações entre as variáveis das redes.

Figura 17. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do Vigitel por região Norte, Nordeste e Centro Oeste.



Fonte: Autor, 2023.

Figura 18. Representação dos parâmetros da matriz de peso de Indicadores do Vigitel por região Sudeste e Sul.



Fonte: Autor, 2023.

As associações negativas mais evidentes observadas durante análise se deram entre: o % de mulheres que não realizaram mamografia nos últimos dois anos (09) junto a variável referente ao baixo consumo de frutas e hortaliças (04) [-6,33; -10,58; -6,50; -7,14; -4,19]; e a variável de o consumo de refrigerantes (05) [-5,25; - 3,48]. A variável chave (1), apresentou associação negativa junto ao consumo de bebidas alcoólicas (03) [-1,29], e com o tempo livre considerável destinado a televisão, computador, tablet ou celular (8) [0,57]. Ressalta-se, que as associações negativas junto a variável chave (1) ocorreram exclusivamente na região Nordeste.

No que tange as associações positivas encontradas, as mais evidentes foram entre: o tempo livre considerável destinado a televisão, computador, tablet ou celular (8) junto as variáveis de prática insuficiente de atividade física (06) [8,04; 11,80; 18,61; 7,98; 11,73]; e baixo consumo de frutas e hortaliças (04) [6,94; 8,20; 18,42; 8,84; 15,29]. Também foi observado associações positivas consideráveis entre os

fisicamente inativos (7) junto a tabagistas (2) [15,36]; ao consumo de bebidas alcoólicas (03) [13,31]; e ao consumo de refrigerantes (05) [18,20; 7,32]. A variável chave 01, apresentou associação positiva com tabagistas (2) [11,75; 7,29; 5,04] e fisicamente inativos (7) [5,09; 6,78].

Os resultados apresentados acima levantam diversas implicações sobre a adoção de hábitos de vida inadequados junto a condição e autoavaliação de saúde da população. No que diz respeito a intervenção, investir em estratégias que estimulem a adesão ao exercício físico e aos hábitos alimentares adequados, parece ser o melhor caminho a ser tomado pela gestão.

6. DISCUSSÃO

A avaliação institucionalizada na AB tem contribuído para um processo reflexivo e pedagógico de apoio à gestão na tomada de decisões no âmbito do SUS. O reconhecimento das conexões existentes entre planejamento e avaliação como norteadoras do processo de trabalho, vem sendo compreendida como uma forma de ruptura com práticas burocráticas e fragmentadas de planejamento e avaliação (MEDRADO et., 2015).

No entanto, ressalte-se que os resultados provenientes de programas utilizados em avaliações institucionais, podem sofrer influência e conseqüentemente variações de acordo com as especificidades de cada município, estado ou região, devendo isso ser considerado nos processos avaliativos e nas tomadas de decisão (CARVALHO et al., 2017).

Corroborando acima, os indicadores analisados no presente estudo apresentaram especificidades regionais, como já observado nas topologias das representações gráficas das redes. Dentre esses destaques, no que diz respeito a avaliação dos indicadores do PMAQ-AB, está a adoção de práticas de promoção a saúde pelas eqAB, sendo essa a variável de maior influência das redes em todas regiões do país.

Diante disso, é importante resgatar que a promoção da saúde possui importante papel na contraposição ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, resgatando inclusive o papel dos determinantes sociais no

processo saúde/doença, e defendendo ainda ações intersetoriais, abordagens interdisciplinares e a participação social (RABELLO, 2010).

Segundo Randow et al. (2016) a importância das práticas de Promoção da Saúde, assim como práticas complementares à saúde, como as PICs, começou a ser discutida no país em 1986 durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde o conceito ampliado de saúde passou a ser reconhecido. Ambas as práticas, ganharam ainda mais notoriedade em 2006 com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da PNPS.

Entretanto, a adoção das práticas de promoção a saúde pelas eqAB apresentou neste estudo uma relação negativa com a oferta das PICs pelas eqAB no território, o que pode tratar-se de um reflexo do desafio ainda encontrado pelos gestores para a institucionalização das PICs no SUS, diante do reduzido número de profissionais capacitados, da insuficiência de recursos financeiros destinados a adesão das práticas, e da limitação de espaços institucionais adequados para o seu desenvolvimento, além de outros fatores, como os culturais (SANTOS, 2012). Tal realidade vai de encontro ao que foi inicialmente planejado para APS, tendo em vista que em 2008, com a criação do NASF, as PICs foram inclusas no seu escopo de atuação, tendo inclusive a incorporação de profissionais específicos na equipe, como Acupunturistas (AMADO et al., 2017).

Outro importante destaque no estudo, refere-se à relação positiva entre a oferta das PICs pelas eqAB no território e a adoção de instrumentos norteadores durante os atendimentos, como o Guia Alimentar para a População Brasileira. Uma possível consequência da adoção de ações e políticas públicas voltadas para a integração de ambientes saudáveis e sustentáveis, e que priorizem necessariamente o bem-estar global, considerando os fatores determinantes e condicionantes da saúde (SANTOS et al., 2019).

Referente a relação positiva encontrada entre a disponibilidade de informações pela gestão para análise de situação de saúde da população no território, e o monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde, está, corrobora com os dados achados em um outro ciclo avaliativo, como visto no estudo de Carvalho et al. (2017), onde constatou-se que entre

2011-2012, no 1º Ciclo avaliação do PMAQ-AB, 87% das equipes avaliadas recorreram ao monitoramento e análise dos indicadores de saúde. Ainda, foi observado que 83% dessas equipes revelaram ter recebido algum tipo de apoio da gestão na discussão do processo de monitoramento, assim como 92% relataram a disponibilização de informações necessárias por parte da gestão.

Nesse cenário, os indicadores de saúde e processo parecem se comportar como uma forma de medida-síntese, oportunizando ao gestor e as equipes a caracterização do estado de saúde de uma dada população, além de um considerável recorte do próprio sistema de saúde, o que dentro da perspectiva da manutenção e do planejamento em saúde, mostra-se enquanto um recurso bem relevante (DE ALMEIDA et al., 2020).

De forma concomitante, destaca-se que no Brasil o monitoramento dos principais determinantes das DCNT vem contribuindo para a formulação de políticas públicas mais efetivas, acarretando assim tanto em intervenções de cunho preventivo, como em estratégias focalizadas prioritariamente nas mudanças do estilo de vida, o que promoveria reais implicações na qualidade de vida da população (BRASIL, 2017).

Nessa ótica, é necessário considerar o processo evolutivo da sociedade, marcado por transições que contribuíram para que os indivíduos se deparassem com novas dinâmicas dentro de suas rotinas, uma consequência do processo de industrialização, da urbanização, do desenvolvimento econômico e da globalização. Ainda, salienta-se que tais ambientes nos quais os indivíduos estão inseridos podem propiciar hábitos nocivos a sua saúde, como a inadequação alimentar, o sedentarismo, o etilismo e o tabagismo (JÚNIOR et al., 2021).

Segundo Medina et al. (2014) mais de 70% das equipes avaliadas no 1º Ciclo do PMAQ-AB referiram realizar ações voltadas a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas. Este, ainda ressalta que a prevenção primária dos fatores de risco, está relacionada a promoção da atividade física, ao estímulo das práticas alimentares mais saudáveis, ao desencorajamento ao hábito do tabagismo, além de outras mudanças em fatores comportamentais.

Nessa direção, referente aos principais achados do presente estudo na avaliação dos indicadores de estilo de vida, oriundos do Vigitel, pode-se destacar a insuficiência da atividade física, a inatividade física e o consumo de bebidas alcoólicas enquanto fatores de maior influência nas redes do Vigitel. Tais resultados sugerem que o sedentarismo e o etilismo, possuem um real potencial para interferir em outros hábitos de vida.

Em estudo publicado no ano de 2016, Bueno et al. elencou as implicações da inatividade física na qualidade de vida e no desenvolvimento das doenças crônicas, sendo essa responsável por 6% das doenças cardiovasculares e até 7% dos casos de DMII no mundo. Ou seja, conseqüentemente a inatividade física é apontada enquanto um importante fator no aumento dos gastos públicos com a saúde. No que diz respeito ao consumo de álcool, este é elevado e com tendência crescente no país, apresentando-se enquanto fator de risco para diversas comorbidades como hipertensão arterial, cirrose, acidente vascular cerebral, além de diversos tipos de câncer (ISER et al., 2012).

Sobre as associações negativas mais evidentes encontradas, destacou-se o fato de não ter sido observado no presente estudo, uma relação entre a evasão de mulheres junto ao exame de mamografia, com práticas alimentares inadequadas, como o baixo consumo de frutas e hortaliças, além do consumo elevado de refrigerantes. Tal relação poderia ser esperada, tendo em vista o papel estratégico dos serviços de saúde nas práticas de promoção a saúde, nas ações de prevenção primária, na detecção precoce, bem como no apoio terapêutico de caráter individual e coletivo, como trazido pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (PARADA et al., 2008).

No que diz respeito aos padrões de atividade física e as práticas sedentárias na população, monitorá-los representa um importante passo para a prevenção e controle das DCNT. De acordo com Reuter et al. (2015) evidências já demonstram um aumento nas atividades destinadas ao lazer, seguido de um decréscimo nas atividades de deslocamento, e de uma estabilização na prevalência de inativos e do comportamento sedentário, sendo esse último expresso pelo tempo destinado a assistir televisão.

Os resultados do presente estudo, parecem corroborar com o exposto acima, tendo em vista que foram encontrados relevantes associações positivas entre o tempo livre destinado a televisão, computador, tablet ou celular junto a insuficiência de atividade física e o inadequado consumo de frutas e hortaliças. Ademais, vale enfatizar que tais comportamentos parecem ser ampliados em situações específicas, como foi observado pela pandemia da COVID-19, no qual restrições sociais impostas, contribuíram na redução da prática de atividade física, no aumento do tempo de tela, na redução do consumo de alimentos saudáveis paralelo ao aumento do consumo de ultraprocessados, além do ampliado consumo de cigarros e de álcool (MALTA et al., 2020).

Segundo Moreira et al. (2014) a forma como as pessoas percebem sua saúde pode ser mensurada, e essa percepção pode ser uma estratégia útil para o levantamento de informação acerca da saúde, complementando inclusive outros dados. A associação da percepção de saúde junto a indicadores de mortalidade e saúde, por exemplo, tem sido reportada para diferentes populações. No presente estudo, a autoavaliação negativa do estado de saúde foi observada, e como já esperado, houve uma associação positiva entre o tabagismo e a inatividade física, todavia, no Nordeste do país, o consumo de bebidas alcoólicas, assim como o tempo de tela não apresentaram relação positiva, o que sugere uma possível falta de percepção dos populares sobre as implicações de tais comportamentos na condição de saúde.

Sobre as limitações do estudo, após análise e discussão dos dados pode-se destacar que devido a inviabilidade metodológica, as variáveis oriundas dos dois diferentes instrumentos de avaliação utilizados, tiveram que ser analisadas independentemente, ou seja, não foi factível avaliar as possíveis associações entre todas as variáveis utilizadas no presente estudo. Outra possível limitação, se deu ao fato da descontinuação do PMAQ-AB, o que limita o recorte dos dados avaliados ao ano da avaliação externa.

Por fim, ainda considerando as limitações, os resultados deste estudo apresentam potencial para contribuir na consolidação de relações já atribuídas na literatura, como a importância da adoção das práticas de promoção a saúde junto a quebra de um modelo hegemônico de cuidado

biomédico, assim como os resultados possibilitam levantar discussões sobre relações encontradas que vão no sentido contrário ao que é preconizado para a garantia de um cuidado em saúde integral, universal e humanista.

7. CONCLUSÃO

Os resultados da referida pesquisa apontam para a importância da adoção de práticas de promoção a saúde pelas eqAB no processo de trabalho das equipes e no cuidado junto aos usuários, assim como uma possível relação no desempenho das equipes na avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB. Ressalta-se ainda, que também foi possível levantar as implicações da inatividade física ou de sua insuficiência, além do consumo excessivo de bebidas alcoólicas no que diz respeito aos indicadores de estivo de vida.

No que diz respeito aos instrumentos avaliativos utilizados na obtenção dos dados, estes se apresentaram enquanto importantes ferramentas para gestão, possibilitando a caracterização das situações de saúde da população, além do perfil dos fluxos dos serviços que compõem as redes de saúde, o que auxilia no planejamento e articulação de políticas públicas de saúde, na administração adequada de recursos públicos a serem destinados, e por fim, em melhorias reais ao acesso e na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.

Assim, considerando a importância da adoção de dados provenientes de avaliações institucionalizadas para o planejamento e organização de ações, além de processos de trabalho mais eficazes, considerando as diferentes realidades nacionais, constata-se a necessidade de novos estudos para melhor compreensão dos impasses encontrados entre as relações do processo de trabalho e do cuidado, a fim de possibilitar aos gestores e profissionais de saúde um melhor entendimento, acarretando na consolidação de uma base referencial para a articulação de ações que atendam às reais necessidades da população assistida.

REFERÊNCIAS

AMADO, D. M. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management and Primary Health Care**, [S. l.], v. 8, p. 290-308, 21 jul. 2017.

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, 2014.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panam Salud Publica**, [S. l.], v. 42, 2018.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION; **Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**. *Diabetes Care*, 27(1), 2004, p S5 - S10.

BACURAU, R.P. et al. Os Impactos da Precarização do SUS na efetivação das Políticas em Saúde. **Revista Direito e Dialogicidade**. Crato, v.8, n.1. 2022

BARABÁSI, A. L. The network takeover. **Nature Physics**, v. 8, n. 1, p. 14–16, 2012.

BARBOSA, F. V. C. et al. A Physical Activity Intervention for Brazilian Students From Low Human Development Index Areas: A Cluster-Randomized Controlled Trial. **Journal of Activity & Health**, v. 13, n. 11, p. 1–24, 2016.

BARROS D.C. _____. Métodos de Avaliação Nutricional, Prioridades na atenção básica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 37.

BITTENCOURT, Isaiane Santos et al. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. *Enfermagem Brasil, Vitória da Conquista*, v. 2, n. 10, p. 131-136, abr. 2011.

BORNHOLDT, S. et al. Heinz Georg. Handbook of graphs and networks: from the genome to the internet. 1st. ed. [S.l.]: Wiley-VCH, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde: Documento para Discussão**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, 2020.

BERNAL, R.T. I. et al. Efeito da inclusão de entrevistas por telefone celular ao Vigitel. **Revista de Saúde Pública**, Goiás, v. 25, n. 1. 2017.

BERTOLLI F, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo. **Editora Ática**, 1996.

BERTOLOZZI, M. R. et al. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, 1996.

BUENO, D. R et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, p. 1001-1010, 10 maio 2016.

CARVALHO, M. F. et al. Utilização de monitoramento e Análise de Indicadores na atenção primária à saúde. **Revista SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2017.

CASTRO, R. M. F. et al. Diabetes mellitus e suas complicações - uma revisão sistemática e informativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1. 2021.

CASAS, R. C. R. L. et al. Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira – Vigitel 2013. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 134-144, 2018.

CAVALCANTE, G. V. Ciência das Redes: Aspectos Epistemológicos. Orientador: Prof. Dr. Mamede Lima Marques. 2009. 153 p. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

CECILIO, L. C. O. et al. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 34, 2018.

CORREIA, M. V. C. A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal. **Revista Temporalis**, n. 43, p.72-89, 2022.

COZZOLINO, F.M.S. et al. Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição nas diferentes fases na vida, na saúde e na doença. In: PIRES, V.L.; _____. Aspectos bioquímicos e nutricionais do diabetes melito. 1.ed. São Paulo: Manole, 2013.p.875.

CRUZ, M. M. C. et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. ESPECIAL, p. 124-139, 2014.

CRUZ, M. J. B. et al. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 35, n. 11, 2019.

CUNHA, J.P.P. et al. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA J, M; TONON, L.M. **Cadernos de Saúde Pública**. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, p.11-2, 1998.

DALVA, M. Saúde e intersetorialidade: os desafios a articulação intersetorial entre saúde, habitação e saneamento. **Revista de Políticas Públicas**, 2018.

DE ALMEIDA, G. M et al. Influência do monitoramento de indicadores e informações de saúde bucal no desempenho das equipes de saúde bucal em estado Amazônico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 51, p. 1-8, 22 abr. 2020.

ESCOBAR, F. A. Relação entre Obesidade e Diabete Mellitus Tipo II em Adultos. **Cadernos UNIFOA**, Volta Redonda, ano IV, n. 11. 2009.

EPSKAMP, S. et al. qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. **Journal of statistical software**, v. 48, p. 1-18, 2012.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 3, p.85-100, 1998.

FERREIRA, A. P. S. et al. A Aumento nas prevalências de obesidade entre 2013 e 2019 e fatores associados no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 24. 2021.

FERREIRA, J. S. et al. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Vitória da Conquista, v. 12, n. 42. 2018.

FERREIRA, P. A. A; BODEVAN, E. C; OLIVEIRA, L. C. Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Rio Verde. v. 17, n. 1. 2019.

FERREIRA, A.A. BARROS, D.C. BAGNI, U.V. Avaliação nutricional na atenção básica: reflexões sobre práticas e saberes. In: BAGNI, U. V, FERREIRA, A.A.

FERREIRA, A.D. et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagál. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte, v. 14. 2011.

FRUCHTERMAN, T. M. J. et al. Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129-1164. 1991. <https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>

ISER, B. P. M et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil –: principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 2343-2356, 17 jan. 2012.

IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

JÚNIOR, G. T. DE S et al. Hábito Alimentar, Etilismo E Tabagismo: Prevalência Em Cardiopatas Tratados Em Um Hospital De Referência Em Cardiologia Em Belém Do Pará. Orientador: Fernando Vinícius Faro Reis. 2021. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (E Bacharel em Nutrição) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, Belém, 2021.

LEME, D. E. DA C. et al. Network Analysis: a Multivariate Statistical Approach for Health Science Research. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 14, n. 1, p. 43–51, 2020.

LIRA, R. C. Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do Nasf em Pernambuco, PE. Orientador: Dr. Louisiana Regadas de Macedo Quinino. 2018. 32 p. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES, Recife, 2018.

LOPES, C. G. S. et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 376-391, 2022.

LUKE, D. A.; HARRIS, J. K. Network analysis in public health: History, methods, and applications. *Annual Review of Public Health*, v. 28, n. 1, p. 69–93, 2007.

MACIEL, S. S. Avaliação de políticas públicas de saúde - em cena, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB). Orientador: Prof. Dr. Washington José de Souza. 2021. 82 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Viçosa, Natal, 2021.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte. 2021.

MALTA, D. C et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 4, 9 nov. 2020.

MALTA, D. C. et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016–2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília. 2020.

MANCINI, M.C. et al. Tratado da Obesidade. In: SOUZA, L.L. GUEDES, E.P. BENCHIMOL, A.K. _____. Definições Antropométricas da Obesidade. 2.ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2015.p.52-53.

MARTINS, C. M. DE L. et al. Adherence to 24-hour movement guidelines in low-income Brazilian preschoolers and associations with demographic correlates. **American Journal of Human Biology**, v. 33, n. 4, p. 1–12, 2020.

MOREIRA, A. D. et al. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Belo Horizonte. 2017.

MEDINA, M. G et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **SAÚDE DEBATE**, [S. l.], v. 38, p. 69-82, 15 out. 2014.

MEDRADO, J.R.S et al. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. 2015 Out 39(107):1033-1043.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 133-144, 2019.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.

MELLER, E. A. et al. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. **Caderno de Saúde Pública**, Pelotas, v. 38, n. 6, 2022.

- MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.
- MENDONÇA, E. M. et al. Perspectivas da intersectorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., v. 9, n. 2, p. 1–21, 2020.
- MOREIRA, T. M. M et al. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 5, p. 794-803, 18 jun. 2014.
- MOROSINI, M. V. G. C. et al. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 36, 2020.
- PAIM, J.S. O que é o SUS [online]. Rio de Janeiro. editora FIOCRUZ, 2009.
- PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 6, n. 23, p. 1723-1728, 2018.
- PARADA, R et al. A Política Nacional De Atenção Oncológica E O Papel Da Atenção Básica Na Prevenção E Controle Do Câncer. **Rev. APS**, [s. l.], v. 1, p. 199-206, 19 jun. 2008.
- PETERMANN, X. B. A. et al. Política nacional de promoção da saúde no brasil um estudo sobre o programa academia da saúde como estratégia para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica. **Sociedade Brasileira de Administração Pública**, Brasília. 2021.
- PRASTES, J.C. et al. Alterações político-econômicas contemporâneas na américa latina: O caso do Brasil, Cuba e Chile. In: MENDES, J.M.R; _____. O SUS em desconstrução: o primeiro ano da gestão Jair Bolsonaro. São Paulo: Editora da Universidade Federal da Amazonas, 2021.
- PROTASIO, A. P. L. Satisfação do usuário com os Serviços da Atenção Básica no Brasil - Uma avaliação a partir da participação de Equipes nos Ciclos do PMAQ-AB. Orientador(a): Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença. 2018. 114 p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.
- RABELLO, L. S. PROMOÇÃO da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. 22. ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2010. 226 p. ISBN 978-85-7541-352-4.
- RANDOW, R et al. Periferização Das Práticas Integrativas E Complementares Na Atenção Primária À Saúde: Desafios Da Implantação Do Lian Gong Como Prática De Promoção À Saúde. **Revista Brasileira Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 111-117, 14 dez. 2016.

RECH, C. R et al. Tendências temporais de indicadores de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Sul do Brasil: 2006-2013. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 20, p. 47-56, 21 jan. 2015.

SANTOS, M. C. et al. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 3011-3024, 6 jun. 2012.

SANTOS, D. dos et al. Estilo De Vida E Práticas Complementares. **Psicologia e Saúde em Debate**, [S. l.], v. 5, p. 4-10, 18 dez. 2019.

SEGRI, N.J. et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1. p. 31-43 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola de Saúde Pública do Ceará**. Fortaleza. 1998.

SETA, M. H. et al. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, G. T. et al. Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 5, p. 1749-1755, 2021.

SISAB Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. SISAB: Cadastros individuais. Published 2020. Accessed October 9, 2020.
<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. In: Princípios básicos, avaliação e diagnóstico do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Gen, 2016.p.3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. In: Epidemiologia e impacto global do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. In: Definição, Epidemiologia e Prevenção Primária. 2021.

REIS, M. L. et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto Enfermagem**, Goiás, v. 25, n. 1. 2016.

RIBEIRO, P. C. C. et al. Impactos do avanço da pandemia de COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v. 52, n. 3, p. 1-15, 2021.

ROMANOWSKI, F. N. de A. et al. MANUAL DE TIPOS DE ESTUDO. Produção técnica (PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA) - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, Anápolis, 2019. p. 39.

TEIXEIRA, Carmen F.et al. "Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação." Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 287-302.

ANEXO



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários.

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
CRISTINE MARIA WARMING - pesquisador desde 01/12/2011
ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
LEANDRO BARBOZA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
Ana Lúcia de Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
Mayra Yacari Borges de Azeite - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
MARIA LUIZA FERREIRA DE BARSA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
RAISSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Marlene Bertol Laul - pesquisador desde 01/12/2011
Paulo de Tasso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
Adriana Pires Bastos - pesquisador desde 01/12/2011
Vera Lúcia Kodjogianian - pesquisador desde 01/12/2011
Mara Lúcia de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
Regina Fatma Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
Fernandj Florento Ferial - pesquisador desde 01/12/2011
Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
Luz Augusto Facchet - coordenador desde 01/12/2011
Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Foz de Iguaçu, Terça Feira, 13 de Março de 2012


JOSÉ ARTUR BOGOCHEER