

PRODUÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-AB

Selma Regina de Andrade*
Renata Goulart Castro**
Monique Haenscke Senna***

RESUMO

Estudo com o objetivo de analisar a produção das equipes da Estratégia Saúde da Família, com base em indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica, antes e após a implantação do Programa para Melhoria da Qualidade na Atenção Básica. Utilizou-se abordagem quantitativa, transversal em dois momentos (2011 e 2013), com base em dados secundários constantes dos Relatórios da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias, referentes às equipes. De 49 unidades básicas de saúde, foram incluídas 112 equipes que estavam ativas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, as quais foram divididas em dois grupos: equipes que aderiram e equipes que não aderiram ao programa. Realizou-se análise descritiva do conjunto de indicadores e procedeu-se à estatística exploratória e analítica para comparar as diferenças entre os grupos. Os resultados mostraram que as equipes, independentemente de aderirem ou não ao programa, obtiveram incremento nos registros do sistema de informação, sinalizando uma sensibilização de toda a rede para melhoria dos seus registros. Apesar deste aumento, o acompanhamento das famílias não ocorreu na mesma proporção que os cadastramentos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Sistemas de informação.

INTRODUÇÃO

Na atenção primária à saúde é imperativo conhecer as características da população e os determinantes do processo saúde-doença para um planejamento local fundamentado nas necessidades de saúde⁽¹⁾.

A equipe de Saúde da Família (eSF), ao desenvolver o vínculo com a população adstrita, estabelece a troca de informações sobre a situação de saúde individual e familiar⁽²⁾. Os mecanismos de registro de dados coletados junto à comunidade propiciam a análise da situação de saúde, tendo como foco o planejamento e a implementação de ações locais⁽³⁾. Esses dados, em sua maioria, são constituídos por indicadores de saúde, que produzem informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população⁽⁴⁾.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um dos principais instrumentos de gerenciamento da atenção primária, por fornecer apoio à eSF na eleição e gestão de ações prioritárias. Os dados provenientes desse sistema são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e geram informações de interesse dos gestores, da equipe multiprofissional e da população atendida⁽²⁻⁵⁾. É preciso

considerar, contudo, que o objeto de trabalho da ESF apresenta um elevado grau de complexidade e, para além da dimensão individual e biologicista, inclui também a necessidade de compreensão das determinações sociais e suas relações no âmbito familiar e societal⁽⁶⁾.

Os indicadores de saúde componentes do SIAB permitem caracterizar a situação de saúde de um espaço territorial. Dentre os indicadores do SIAB, destacam-se aqueles de acompanhamento mensal de grupos prioritários pelos profissionais da eSF, como, por exemplo, o cadastramento familiar, as visitas domiciliares, o acompanhamento de crianças e gestantes, além do cadastro e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros⁽⁴⁾.

Como passo inicial do processo de planejamento na atenção primária, o conhecimento da situação de saúde subsidia a formulação de estratégias e de ações definidas para cada situação. Contudo, necessitam ser revistas e reanalisadas a respeito de seu sucesso, buscando reforçar ou estabelecer novas medidas de intervenção.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma das estratégias de gestão do Sistema Único de Saúde

*Enfermeira. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. E-mail: selma.regina@ufsc.br.

**Cirurgião-dentista. Professora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGO/UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: renatagoulartcastro@gmail.com.

***Enfermeira. Doutoranda do PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: moniquehsenna@gmail.com.

(SUS), que visa ampliar o acesso da população à atenção primária e melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesses serviços⁽⁷⁾. Nesse contexto, este programa possibilita o acompanhamento e avaliação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos equipamentos, da disponibilização de medicamentos e da satisfação do cidadão, valorizando as equipes que oferecem melhorias na qualidade do atendimento, por um padrão comparativo⁽⁸⁻⁹⁾.

Considerando que as informações obtidas por meio do SIAB proporcionam suporte para o conhecimento da situação demográfica e epidemiológica da população atendida pela ESF, e que o PMAQ-AB visa ampliar o acesso e melhorar o cuidado prestado à comunidade, questiona-se: como se comportou o registro dos dados coletados para o SIAB após a implantação do PMAQ-AB? Diante do exposto, este estudo buscou analisar a produção das equipes da Estratégia Saúde da Família, com base em indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica, antes e após a implantação do Programa para Melhoria da Qualidade na Atenção Básica.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, transversal em dois momentos, desenvolvido com dados secundários, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Foram consultados os Relatórios da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área (Ficha SSA2) referentes às eSFs ativas em 2011, ano anterior à implantação do PMAQ-AB no município, e em 2013, ano posterior à sua implantação. Das 49 UBS de Florianópolis, foram incluídas 112 equipes que estavam ativas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde nos dois momentos estudados. Foram excluídas as equipes inativas em 2011 e/ou em 2013, totalizando sete equipes.

Foram analisados, inicialmente, oito indicadores-base, selecionados dos referidos relatórios, acatando o consenso entre *experts* - professores pesquisadores no campo da saúde coletiva, que consideraram a utilidade de tais indicadores no planejamento local de ações de saúde. Foram eles: número de famílias cadastradas, número de visitas domiciliares, número de gestantes cadastradas, número de gestantes acompanhadas, número de diabéticos cadastrados, número de diabéticos acompanhados, número de hipertensos cadastrados, número de hipertensos acompanhados. Foi incluído na análise o número médio de ACS/ano

por eSF. Os indicadores trabalhados neste estudo são oriundos ou derivados do relatório SSA2 do SIAB, os quais são alimentados pelos ACSs. Há, portanto, uma influência direta do trabalho do ACS na coleta e inclusão dos dados no cadastro familiar, e, por conseguinte, nos relatórios dele derivados.

Da primeira análise derivaram outros 12 indicadores: média de famílias cadastradas por ACS; média de visitas realizadas por ACS; proporção de visitas realizadas por famílias cadastradas por ACS; média de gestantes cadastradas por ACS; média de gestantes acompanhadas por ACS; proporção de gestantes acompanhadas por gestantes cadastradas por ACS; média de diabéticos cadastrados por ACS; média de diabéticos acompanhados por ACS; proporção de diabéticos acompanhados por diabéticos cadastrados por ACS; média de hipertensos cadastrados por ACS; média de hipertensos acompanhados por ACS; e proporção de hipertensos acompanhados por hipertensos cadastrados por ACS.

Realizou-se, primeiramente, uma análise descritiva do conjunto de indicadores, para dois grupos: um relativo às eSFs cadastradas no PMAQ-AB (G1); e outro, às eSFs não cadastradas (G2). Após, procedeu-se à estatística analítica para comparar as diferenças entre os grupos⁽¹⁰⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o parecer nº 146.152/2012. Os aspectos éticos de sigilo e confidencialidade foram considerados durante todo o processo de seleção, organização, análise e referência das equipes incluídas neste estudo.

RESULTADOS

O número médio de ACS por eSF, no período analisado, diminuiu cerca de 50% nos dois grupos deste estudo. No G1, o número médio de ACS era 37 em 2011, e 18 em 2013. No G2 o número médio de ACS era 39 em 2011 e 18 em 2013.

Observou-se que o número médio de famílias cadastradas pelas eSFs no município de Florianópolis apresentou pequena variação entre os anos 2011 e 2013. Cerca de 8.210 famílias foram cadastradas em média no G1 em 2011, e 8.111, em 2013. Mesma situação foi observada para G2, aproximadamente 9.660 em 2011, e 9.690, em 2013. Em relação a esse indicador, em uma eSF com rotina estabelecida, o número de cadastros novos tende a diminuir com o passar do tempo em um primeiro momento, e, depois tende a se manter estável, de acordo com a flutuação

da população.

Apesar do número médio de cadastros ter sofrido pequena variação, quando este foi analisado proporcionalmente ao número de ACS, observou-se um grande incremento. No G1, o incremento foi de 173% e, no G2, chegou a 215%.

O número médio de visitas diminuiu entre os anos analisados, tanto para G1 quanto para G2. A queda foi respectivamente de 34% e de 11%.

Quando o número médio de visitas é analisado, considerando o número de ACS, de fato ocorreu um

aumento. No G1, esse aumento foi de 83%, já no G2 foi ainda maior, cerca de 176%. Para a proporção de famílias cadastradas visitadas, observou-se um decréscimo no período analisado. No G1, 56% das famílias cadastradas foram visitadas no ano de 2011, já em 2013 este valor foi de 37%. Para G2, observou-se menor variação: em 2011, 40% das famílias cadastradas foram visitadas e, em 2013, este valor reduziu para 35%. A tabela 1 apresenta a distribuição desses dados por grupo.

Tabela 1. Distribuição dos indicadores: famílias cadastradas, famílias visitadas e indicadores derivados nos anos 2011 e 2013, por adesão ou não ao PMAQ

Indicadores analisados	Equipes que aderiram ao PMAQ - G1						Equipes que não aderiram ao PMAQ - G2					
	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão
Nº médio de Famílias Cadastradas por eSF em 2011	89	131	32.841	8.212,42		4.610,91	23	180	30.751	9661,17		7857,29
					1,24						0,30	
Nº médio de Famílias Cadastradas por eSF em 2013	89	757	18.469	8.110,62		3.697,87	23	1.719	27.745	9690		6954,89
Nº médio de visitas por eSF em 2011	89	271	11.928	4.549,36		2.343,05	23	120	8.567	3743,87		1994,93
					33,90						10,91	
Nº médio de visitas por eSF em 2013	89	112	7.042	3.007,27		1.546,28	23	959	8.548	3335,35		1970,82
Nº de ACS em 2011 por eSF	89	2	103	36,78		15,04	23	1	67	38,52		19,24
					50,22						52,60	
Nº de ACS em 2013 por eSF	89	3	28	18,31		3,84	23	11	27	18,26		5,08
Nº médio de famílias cadastradas por ACS em 2011	89	66	5.603	2.454,27		934,74	23	180	7.195	2574,66		1827,40
					172,96						214,92	
Nº médio de famílias cadastradas por ACS em 2013	89	757	15.947	6.699,11		2.976,97	23	1.719	22.915	8108,08		5677,23
Nº médio de visitas realizadas por ACS em 2011	89	136	3.413	1.367,62		536,28	23	120	2.408	1022,22		485,2
					82,88						175,70	
Nº médio de visitas realizadas por ACS em 2013	89	112	5.985	2.501,15		1.230,52	23	959	6.781	2818,27		1512,79
Proporção de famílias cadastradas visitadas por ACS em 2011	89	2	13	55,72%		2,72	23	1	14	39,70%		3,81
					33,00						12,45	
Proporção de famílias cadastradas visitadas por ACS em 2013	89	0	11	37,34%		2,05	23	1	11	34,76%		2,75

A análise descritiva dos indicadores relacionados às gestantes demonstrou, de uma maneira geral, diferença

entre os grupos: G1 apresentou indicadores ligeiramente mais elevados que G2. O número de

gestantes cadastradas por eSF foi maior em G1, entretanto, ambos os grupos apresentaram incremento no número de registros no final do período, 11,1% em G1 e 9,8% em G2. A avaliação do número médio de gestantes acompanhadas por eSF seguiu a mesma tendência de aumento nos dois grupos. O número médio de gestantes acompanhadas por eSF também foi maior em G1, e seguiu a mesma tendência de aumento, para ambos os grupos, no período analisado. Em G1, o percentual de aumento no número médio de registros de gestantes acompanhadas foi 7%, e em G2 ligeiramente mais alto, 7,8%.

Quando o número de ACS foi levado em consideração, G1 continuou apresentando valores mais

elevados de dois indicadores - número de gestantes cadastradas por ACS e número de gestantes acompanhadas por ACS. Entretanto, ao final do período, esses indicadores apresentaram-se mais elevados nos dois grupos.

Analisando a proporção de gestantes cadastradas acompanhadas nos dois períodos, pode-se observar que os valores são semelhantes em ambos os grupos. Ocorreu uma pequena diminuição no G1 (de 92% em 2011, para 88% em 2013), enquanto que no G2 este valor aumentou (81% em 2011, para 89% em 2013). A tabela 2 apresenta a evolução dos indicadores de gestantes cadastradas e acompanhadas por grupo.

Tabela 2. Distribuição dos indicadores: gestantes cadastradas, acompanhadas, e indicadores derivados nos anos 2011 e 2013, por adesão ou não ao PMAQ

Indicadores analisados	Equipes que aderiram ao PMAQ - G1						Equipes que não aderiram ao PMAQ - G2					
	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão
Nº médio de gestantes cadastradas em 2011 por eSF	89	2	441	105,34		68,94	23	1	232	86,84		67,33
Nº médio de gestantes cadastradas em 2013 por eSF	89	9	367	117,04	11,11	71,80	23	4	232	95,3	9,74	66,46
Nº médio de gestantes acompanhadas em 2011 por eSF	89	1	373	96,69		62,81	23	1	209	78,47		63,31
Nº médio de gestantes acompanhadas em 2013 por eSF	89	7	295	103,46	7,00	65,15	23	4	208	84,57	7,77	58,18
Nº médio de gestantes cadastradas em 2011 por ACS	89	1	97	30,95		15,48	23	-	78	25,07		17,70
Nº médio de gestantes cadastradas em 2013 por ACS	89	9	283	96,29	211,11	57,13	23	4	207	78,51	213,16	53,18
Nº médio de gestantes acompanhadas em 2011 por ACS	89	1	83	28,44		14,68	23	-	42	20,4		13,16
Nº médio de gestantes acompanhadas em 2013 por ACS	89	7	231	85,01	198,91	51,32	23	4	182	69,59	241,13	45,45
Proporção de gestantes cadastradas acompanhadas por ACS em 2011	89	1	12	91,89%		2,18	23	1	123	81,37%		24,04
Proporção de gestantes cadastradas acompanhadas por ACS em 2013	89	3	12	88,29%	3,92	1,78	23	4	12	88,64%	8,93	1,68

Os registros referentes aos indicadores relacionados à população diabética são apresentados na tabela 3. Apenas o indicador Proporção de diabéticos cadastrados acompanhados por ACS em G1 apresentou decréscimo no número de registros nos anos avaliados. Os demais indicadores relativos ao diabetes apresentaram incremento no número de registros em ambos os grupos. O número médio de diabéticos cadastrados por ACS apresentou o maior aumento percentual (225%) no G1, e o número médio de diabéticos acompanhados por ACS, o maior

(251%) no G2.

Dos registros relacionados aos hipertensos, somente o indicador Proporção de hipertenso cadastrado acompanhado por ACS teve um decréscimo. Em G1, esse decréscimo foi de 18% e em G2, de 7%. O número médio de hipertensos cadastrados foi o indicador com maior incremento percentual nos anos estudados tanto para G1 (253%), quanto para G2 (308%), cujos dados estão apresentados na tabela 4.

Tabela 3. Distribuição dos indicadores: diabéticos cadastrados, acompanhados, e indicadores derivados nos anos 2011 e 2013, por adesão ou não ao PMAQ

Indicadores analisados	Equipes que aderiram ao PMAQ - G1						Equipes que não aderiram ao PMAQ - G2					
	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão
Nº médio de diabéticos cadastrados em 2011 por eSF	89	29	2.774	646,19		406,96	23	20	1.598	785,01		491,52
					16,23						14,58	
Nº médio de diabéticos cadastrados em 2013 por eSF	89	49	1.914	751,08		390,10	23	66	1.909	899,48		561,95
Nº médio de diabéticos acompanhados em 2011 por ESF	89	23	1.678	515,38		312,87	23	20	1.183	488,26		319,32
					1,85						13,68	
Nº médio de diabéticos acompanhados em 2013 por eSF	89	49	1.739	524,91		301,92	23	66	1.406	555,04		372,37
Nº médio de diabéticos cadastrados em 2011 por ACS	89	15	524	190,38		85,42	23	20	578	213,81		128,40
					224,96						251,08	
Nº médio de diabéticos cadastrados em 2013 por ACS	89	49	1.629	618,65		314,08	23	66	1.598	750,65		447,63
Nº médio de diabéticos acompanhados em 2011 por ACS	89	12	477	152,59		71,61	23	20	304	132,14		71,43
					183,69						251,41	
Nº médio de diabéticos acompanhados em 2013 por ACS	89	41	1.472	432,88		243,86	23	66	1.109	464,35		288,42
Proporção de diabéticos cadastrados acompanhadas por ACS em 2011	89	1	12	80,15%		2,10	23	1	11	61,80%		3,00
					-12,70						0,09	
Proporção de diabéticos cadastrados acompanhadas por ACS em 2013	89	3	12	69,97%		2,21	23	2	12	61,86%		2,91

Tabela 4. Distribuição dos indicadores: hipertensos cadastrados, acompanhados, e indicadores derivados nos anos 2011 e 2013, por adesão ou não ao PMAQ

Indicadores analisados	Equipes que aderiram ao PMAQ - G1						Equipes que não aderiram ao PMAQ - G2					
	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão	N	Mín	Máx	Média	%	Desvio padrão
Nº médio de hipertensos cadastrados em 2011 por eSF	89	63	9.086	1.912,93		1.291,17	23	48	4.341	2191,36		1430,91
					- 25,24						- 28,78	
Nº médio de hipertensos cadastrados em 2013 por eSF	89	130	5.979	2.395,76		1.259,01	23	330	5.821	2822,09		1718,17
Nº médio de hipertensos acompanhados em 2011 por ESF	89	57	5.484	1.470,19		951,57	23	48	3.413	1305,82		953,28
					- 3,11						- 21,54	
Nº médio de hipertensos acompanhados em 2013 por eSF	89	129	5.417	1.515,89		858,00	23	330	3.901	1587,04		1083,51
Nº médio de hipertensos cadastrados em 2011 por ACS	89	32	1.347	557,84		260,42	23	48	1.316	577,08		338,60
					-253,29						-308,48	
Nº médio de hipertensos cadastrados em 2013 por ACS	89	130	5.114	1.970,79		1.009,46	23	298	5.104	2357,26		1382,74
Nº médio de hipertensos acompanhados em 2011 por ACS	89	29	1.152	430,83		203,58	23	48	736	353,74		213,16
					-189,37						-278,39	
Nº médio de hipertensos acompanhados em 2013 por ACS	89	129	4.588	1.246,71		688,18	23	294	3.074	1338,53		855,05
Proporção de hipertensos cadastrados acompanhadas por ACS em 2011	89	1	12	77,23%		2,24	23	1	33	61,30%		6,36
					18,09						7,37	
Proporção de hipertensos cadastrados acompanhadas por ACS em 2013	89	3	12	63,26%		2,42	23	2	12	56,78%		3,11

Buscando verificar a significância das diferenças entre os grupos estudados, para os indicadores analisados, utilizaram-se as diferenças entre os registros do primeiro ano após a implantação do PMAQ-AB e do ano anterior à mesma, aplicando-se o teste t de *Student* para diferenças entre médias, com nível de confiança de 95% e significância de 5%⁽¹⁰⁾.

Constatou-se que o “número de visitas” realizadas por eSF, o “número de ACS”, a “média de visitas por ACS”, a “proporção de famílias cadastradas visitadas” e a “proporção de diabéticos cadastrados acompanhados” apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre G1 e G2, com valores de p respectivamente 0,040, 0,043, 0,014, 0,001, e 0,004.

DISCUSSÃO

A atenção à saúde da população pela ESF tem como suporte operacional dados e informações obtidos principalmente por meio do SIAB. A análise dos registros da produção realizada pelas eSFs torna-se um importante instrumento de qualificação da Atenção Primária em Saúde (APS), cujo desempenho resulta de uma avaliação interna e externa. Uma das atribuições da ESF realizada pelo ACS é coletar informações referentes às necessidades de saúde da população. Esse trabalhador possui papel fundamental no processo de consolidação dos dados na atenção primária, por meio das visitas domiciliares⁽³⁾.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, houve um expressivo decréscimo de ACS no período analisado nos dois grupos. A rotatividade ou a saída de profissionais na atenção primária compromete a qualidade dos dados. Essa situação reflete diretamente no levantamento das informações do território, o que pode resultar informações imprecisas para programar as ações locais⁽¹¹⁾. Estudo realizado no município de Campinas sobre os cadastros de usuários e domicílios de dez centros de saúde também corrobora essa análise, indicando que a incompletude encontrada no preenchimento dos cadastros reforça a importância no cuidado da coleta e preenchimento dos dados⁽¹²⁾.

A alta rotatividade de profissionais possui relação direta com a qualidade do preenchimento das fichas, visto que é necessário tempo para apreensão e assimilação da rotina dessa função de coleta e preenchimento que, além de familiaridade com os documentos impressos, há necessidade de conhecimento computacional para inserí-los no

cadastro família^(2,5).

Aliado ao processo de trabalho do ACS, outra fonte de alta rotatividade relaciona-se à forma de contratação destes profissionais. A dificuldade de fixação desses trabalhadores constitui-se num dos problemas enfrentados em muitas prefeituras. Estudo sobre a rotatividade de profissionais identificou o ingresso por concurso público daqueles de nível médio e superior e o de ACS, em geral, por meio de contratos temporários⁽¹³⁾. Em Florianópolis, a forma de contratação tem ocasionado dificuldade para ingresso de novos ACSs, em vista da falta de acordo legal para este fim. As vagas abertas por qualquer motivo de desligamento não têm recebido reposição. A falta ou o número insuficiente de ACSs ocasiona as chamadas “áreas descobertas”, resultando em uma carência na alimentação do sistema de informações e, por conseguinte, gerando falha no processo de consolidação dos dados na APS.

O indicador que trata da média de famílias cadastradas por ACS demonstrou que ambos os grupos (G1 e G2) tiveram incremento no número de registros. O cadastro familiar é um indicador que quantifica e qualifica os dados da população ao mostrar a situação de saúde das pessoas de um determinado território. Essas informações direcionam o processo de trabalho da equipe de saúde ao evidenciar onde, como e quando os profissionais devem atuar⁽¹¹⁾. Mais do que uma tarefa normativa, ao realizar o cadastro familiar, a eSF tem uma oportunidade para dialogar sobre os problemas e desenvolver ações orientadas pelas necessidades locais e o contexto social dos indivíduos e das famílias⁽¹⁴⁾.

Aos benefícios promovidos pelo cadastramento familiar agregam-se, também, os dos indicadores de visita domiciliar. Tais indicadores, além de se constituírem em um instrumento de intervenção que possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do indivíduo e suas necessidades, permitem obter maior aproximação e desenvolvimento de vínculo^(11,14).

É atribuição dos ACSs a realização de, pelo menos, uma visita domiciliar mensal a cada domicílio da área de abrangência, considerando que a visita deve ser repetida caso haja situações que determinem sua necessidade⁽¹⁵⁾. Em Florianópolis, o G2, que apresentou a maior diferença no número de ACS entre os anos analisados, teve uma situação mais favorável em relação ao número de visitas. Em ambos os grupos, houve decréscimo no número de visitas domiciliares por eSF.

Provavelmente, essa situação ocorreu pelo declínio

do número de ACS, o que geraria diminuição na capacidade de visitas das eSFs. O maior número de visitas verificado no G2 pode ter ocorrido devido a um movimento conjunto da SMS, que mobilizou as equipes que apresentavam interesse em se cadastrar futuramente. Semelhante ao apresentado para o indicador do número de visitas por ACS, as eSFs não participantes do PMAQ-AB (G2) apresentaram uma situação mais favorável quando comparadas às equipes participantes do programa.

Com relação à média de gestantes cadastradas por ACS; média de gestantes acompanhadas por ACS; e proporção de gestantes acompanhadas por gestantes cadastradas por ACS, houve um incremento nos dois grupos estudados, ressaltando que o incremento maior ocorreu no G2. Esses indicadores relacionam-se à atenção pré-natal e puerperal e englobam diferentes atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante. Dentre elas, incluem-se a captação, o cadastro e o acompanhamento de mulheres grávidas; consultas; imunizações; reuniões educativas.

Lacunas e deficiências ainda são observadas na prestação do serviço de pré-natal, tanto em fornecimento de exames quanto em ações educativas, reforçando a importância do vínculo e do diálogo entre profissionais e gestantes para ampliar a adesão e a satisfação com o pré-natal⁽¹⁶⁾. Um estudo que descreveu os indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do PMAQ-AB mostrou que, das 6.125 gestantes entrevistadas que fizeram seu último pré-natal nas unidades de saúde da família, apenas 15% receberam atenção pré-natal adequada. Esse percentual revela que são necessárias ações de qualificação dos processos de trabalho das eSFs visando minimizar as desigualdades sociais e individuais que ainda persistem nos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

O cadastro e acompanhamento da maior parte das gestantes da área de abrangência é uma ação que auxilia o planejamento das ações desenvolvidas pelas eSFs na atenção à saúde da mulher. Essa prática demonstra a qualidade da atenção primária ao desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, assim como na identificação de fatores que possam interferir no desenvolvimento de uma gestação de risco. Na perspectiva de atenção integral, os cuidados prestados ao binômio mãe-filho devem ser realizados pela equipe multiprofissional que atua nas UBSs. O acolhimento da mulher e de sua família obterá melhores resultados se houver condições de

acessibilidade, estímulo à permanência e ao vínculo, qualificação dos profissionais e capacitação das eSFs, especialmente quanto ao gerenciamento do território e dos protocolos de risco⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No período avaliado, o único indicador relacionado ao diabetes que apresentou decréscimo foi o de proporção de diabéticos cadastrados acompanhados por ACS no G1. Quando esse dado é analisado à luz dos dados epidemiológicos atuais de prevalência de diabetes, percebe-se uma situação inversa, ou seja, a estimativa média percentual da população a que se refere este agravo tem aumentado ao longo dos anos, passando de 5% em 2008 para 6,2% em 2013 na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁽¹⁹⁾.

O incremento semelhante apresentado tanto em G1 quanto G2 com relação à média de diabéticos cadastrados por ACS, média de diabéticos acompanhados por ACS e proporção de diabéticos acompanhados por diabéticos cadastrados por ACS pode ter ocorrido devido ao movimento da SMS para qualificação das equipes e incentivo ao ingresso no ciclo PMAQ-AB subsequente. Deste incremento, os mais expressivos foram os de número médio de diabéticos cadastrados por ACS, em G1 (225%), e o número médio de diabéticos acompanhados por ACS, em G2 (251%).

Com relação aos indicadores de hipertensão, destacou-se o decréscimo da proporção de hipertensos cadastrados acompanhados por ACS, em G1 de 18% e em G2 de 7%. Semelhante aos demais indicadores, este decréscimo parece estar associado ao menor número de ACSs disponíveis para o acompanhamento territorial. Por outro lado, o número médio de hipertensos cadastrados foi o indicador com maior incremento percentual nos anos estudados tanto para G1(253%), quanto para G2 (308%), indicador cujo cálculo não considera o número de ACS no período.

O controle da hipertensão e do diabetes, após diagnóstico e o cadastro, é feito com o acompanhamento dos portadores destas patologias pela equipe⁽²⁰⁾. Portanto, uma falha no acompanhamento dos cadastrados pode levar a um comprometimento da função da APS em promover medidas de cuidado àqueles com um diagnóstico já definido, no território.

Além disso, falhas na coleta e preenchimento dos dados do SIAB podem comprometer sua eficácia, o que mostra a necessidade de medidas para capacitação de profissionais de modo a compreender a importância da informação, como potencial indutor de práticas de

vigilância⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A comparação do registro total das equipes, nos dois anos (2011 e 2013), mostrou que embora não tenha havido uma melhora expressiva em todos os indicadores estudados, houve diferença significativa em favor daqueles que aderiram (G1) ao programa nos indicadores: número de visitas realizadas por eSF; número de ACS; média de visitas por ACS; proporção de famílias cadastradas visitadas; e proporção de diabéticos cadastrados acompanhados.

Ainda, verificou-se que as eSFs, aderentes ou não ao PMAQ-AB, tiveram evolução semelhante, independentemente de sua classificação. Contudo, pode-se afirmar que a produção das equipes, antes e após a implantação do programa no município de Florianópolis, revelou uma sensibilização dos profissionais para acompanhar os grupos de monitoramento contínuo, melhorando os dados do SIAB. Houve, também, um aumento nos indicadores de cadastramento, porém, não foi verificado aumento, na mesma proporção, nos indicadores de acompanhamento.

PRODUCTION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAMS BEFORE AND AFTER THE IMPLEMENTATION OF PMAQ-AB

ABSTRACT

This study aimed to analyze the production of the Family Health Strategy teams, based on indicators from the Basic Care Information System, before and after the implementation of the Program for Quality Improvement in Primary Care. A quantitative, cross-sectional approach was used in two moments (2011 and 2013), based on secondary data from the Health Situation Reports and Household Follow-up of the families. Of the 49 basic health units, 112 teams were included that were active in the National Register of Health Establishments, which were divided into two groups: teams that joined and teams that did not adhere to the program. A descriptive analysis of the set of indicators was carried out, and the exploratory and analytical statistics were used to compare the differences between the groups. The results showed that the teams, regardless of whether or not they joined the program, obtained an increase in the records of the information system, showing an awareness of the entire network to improve their records. Despite this increase, the monitoring of families did not occur in the same proportion as the registrations.

Keywords: Primary health care. Family health strategy. Information systems.

PRODUCCIÓN DE LOS EQUIPOS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PMAQ-AB

RESUMEN

Estudio con el objetivo de analizar el trabajo de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, con base en indicadores del Sistema de Información de la Atención Básica, antes y después de la implantación del Programa para Mejoría de la Calidad en la Atención Básica. Fue utilizado el abordaje cuantitativo, transversal en dos momentos (2011 y 2013), con base en datos secundarios presentes en los Informes de la Situación de Salud y Acompañamiento de las Familias, referentes a los equipos. De 49 unidades básicas de salud, fueron incluidos 112 equipos que estaban activados en el Registro Nacional de los Establecimientos de Salud, de los cuales fueron divididos en dos grupos: equipos que adhirieron y equipos que no adhirieron al programa. Se realizó el análisis descriptivo del conjunto de indicadores y se procedió a la estadística exploratoria y analítica para comparar las diferencias entre los grupos. Los resultados mostraron que los equipos, independientemente si adhirieron o no al programa, obtuvieron incremento en los registros del sistema de información, señalando una sensibilización de toda la red para mejoría de sus registros. Pese este aumento, el acompañamiento de las familias no ocurrió en la misma medida que los registros.

Palabras clave: Atención primaria a la salud. Estrategia salud de la familia. Sistemas de información.

REFERÊNCIAS

- Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Strategic planning as an ethical requirement for primary healthcare teams and local management. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):265-74.
- Radigonda B, Conchon MF, Carvalho WO, Nunes EFPA. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Espaç Saúde*. 2010; 12(1): 38-47.
- Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24 (4):950-8.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- Carreno I, Moreschi C, Marina B, Beckel Hendges DJ, Rempel C, Celestina de Oliveira MM. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):947-56.
- Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* [Internet] [citado 2017 out 30]. Epub jul 20, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005015101&lng=en

7. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012; 7(23): 69-74.
8. Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014; 38(n. esp):358-72.
9. Pinto HA, Souza ANA, Florêncio, AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS [Internet]*. 2012 [citado 2015 abr 16]; 6(2):Supl. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>
10. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 9ª ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2012.
11. Silva SA, Oliveira N. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas - MG. *Rev APS*. 2010; 13(2): 182-9.
12. Nakamura HY, Lima SM, Nobre MIR, Vianna NG, Arruda SMCP, Silva EM. Pet Saúde da Família: avaliação da qualidade do preenchimento de cadastros na atenção básica. *Vita et Sanitas*. 2013; 1(7):99-110.
13. Magnago C, Pierantoni CR. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família. *Rev Cereus*. 2014; 6(1): 3-18.
14. Kebian LVA, Oliveira AS. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*. 2015; 14(1):893-900.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2012.
16. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Souza GSS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc Saúde Coletiva [Internet]*. 2012 mar [citado 2017 out 30]; 17(3): 635-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300009&lng=pt.
17. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2017 [citado 2017 out 30]; 33(3):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=pt
18. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde Debate [Internet]*. 2016 dez [citado 2017 out 30]; 40(111):140-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400140&lng=pt
19. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta D, Monteiro HOC et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde [Internet]*. 2015; 24(2): 305-14.
20. Malfatti CRM, Assunção NA. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1): 1383-88.

Endereço para correspondência: Selma Regina de Andrade: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Data de recebimento: 28/05/2017

Data de aprovação: 17/09/2017